

乳がん（術後）西濃地域連携パス

患者氏名

様 (病院カルテNo. _____)

かかりつけ医カルテNo. _____)

登録番号 (_____)

大垣市民病院		診療科	外科	かかりつけ医 _____		病院・医院・クリニック		
医師名 _____						先生		
	UICC pTNM	stage	ER() PgR () Her2 ()	補助療法	術前化学療法		術後化学療法	
	T N M				術前ホルモン療法		術後ホルモン療法	
施設			病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
経過(術後)	手術(術式: _____)		1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	1年3ヶ月
術後年月日			____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
実施日			H____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日	____年____月____日
達成目標	再発症状がない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	腫瘍マーカー上昇がない		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
情報提供	診療情報提供書		(未・済)		(未・済)		(未・済)	
	検査結果説明		(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)	(未・済)
検査	1. 胸部 X-p	<input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	
	2. CEA	<input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	
	3. CA15-3	<input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	
	4. 腹部US	<input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	
	5. 乳腺US	<input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	
	6. マンモグラフィ	<input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>	
観察項目	しこりがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	痛みがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	患側上肢が腫れる	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	しづれがある	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	眼がかすむ	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	手足のこわばり	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
	その他	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	(-・+)	
パスの逸脱			<input type="checkbox"/> ()					