

乳がん（術後）西濃地域連携バス

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	化学療法		
				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
経過(術後)	手術(術式:)	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
術後年月日		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
達成目標	再発症状がない	<input type="checkbox"/>				
	腫瘍マーカー上昇がない	<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)
検査	1. 胸部 X-p 2. CEA 3. CA15-3 4. 腹部US 5. 乳腺US 6. マンモグラフィ	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <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 しびれがある 眼がかすむ 手足のこわばり その他	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)	(-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+) (-・+)
バスの逸脱		<input type="checkbox"/> ()				