

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 ( )  | 補助療法   | 化学療法   |  |  |
|        | T  | N | M      | Her2 ( )   |  | 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"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
|        | 腫瘍マーカー上昇がない  |   |        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <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)  |
| 検査     | 1. 胸部 X-p<br>2. CEA<br>3. CA15-3<br>4. 腹部 US<br>5. 乳腺 US<br>6. マンモグラフィ |   |        | 1. <input type="checkbox"/><br>2. <input type="checkbox"/><br>3. <input type="checkbox"/><br>4. <input type="checkbox"/><br>5. <input type="checkbox"/><br>6. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/><br>2. <input type="checkbox"/><br>3. <input type="checkbox"/><br>4. <input type="checkbox"/><br>5. <input type="checkbox"/><br>6. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/><br>2. <input type="checkbox"/><br>3. <input type="checkbox"/><br>4. <input type="checkbox"/><br>5. <input type="checkbox"/><br>6. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/><br>2. <input type="checkbox"/><br>3. <input type="checkbox"/><br>4. <input type="checkbox"/><br>5. <input type="checkbox"/><br>6. <input type="checkbox"/> | 1. <input type="checkbox"/><br>2. <input type="checkbox"/><br>3. <input type="checkbox"/><br>4. <input type="checkbox"/><br>5. <input type="checkbox"/><br>6. <input type="checkbox"/> |
| 観察項目   | しこりがある<br>痛みがある<br>患側上肢が腫れる<br>しびれがある<br>眼がかすむ<br>手足のこわばり<br>その他       |   |        | (－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)  | (－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)  | (－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)  | (－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)  | (－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)<br>(－・＋)  |
| パスの逸脱  |  |   |        | <input type="checkbox"/> ( )   | <input type="checkbox"/> ( )   | <input type="checkbox"/> ( )   | <input type="checkbox"/> ( )   | <input type="checkbox"/> ( )   |