

# 乳がん術後地域連携診療計画表

A: 計画策定病院 施設名: 順天堂大学医学部附属静岡病院 担当医: (電話: 055-948-3111 )

B: 連携医療機関 施設名: 担当医: (電話: )

様																						
手術日: 年 月 日		□実施 (□)必要に応じて実施 いずれも実施した場合チェックする。																				
スケジュール		3ヶ月	6ヶ月		1年		1年 6ヶ月		2年		2年 6ヶ月		3年		3年 6ヶ月		4年		4年 6ヶ月		5年	
実施(予定)日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
実施医療機関		B	B	B	A	B	B	B	A	B	B	B	A	B	B	B	A	B	B	B	A	
達成目標	術後における異常の早期発見・きめ細かい対応	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	同左	
患者自覚症状	問診	(□)*	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	
診察	診察/視触診	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	
検 査	血液検査** (肝・腎機能、腫瘍マーカー【CEA/CA15-3】等)	(□)*	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	(□)	□	
	マンモグラフィ (対側乳房のがん、温存乳房の再発を調べます)				□				□				□				□				□	
	乳房エコー*** (対側乳房のがん、温存乳房、リンパ節の再発を調べます)				□				□				□				□				□	
	胸部レントゲン (肺に異常な影がないか調べます)				(□)				(□)				(□)				(□)				(□)	
	腹部エコー (肝臓やその他の臓器に異常がないか調べます)				(□)				(□)				(□)				(□)				(□)	
	CTまたはPET-CT (全身の転移の有無を調べます)				(□)				(□)				(□)				(□)				(□)	
	骨シンチ (骨に転移がないか調べます)				(□)				(□)				(□)				(□)				(□)	
	心エコー ※ハーセプチン使用時	(□)	□	(□)	□																	
	骨密度測定 ※アロマターゼ阻害剤使用時				□				□				□				□				□	
婦人科検診 ※タモキシフェン使用時				□				□				□				□				□		
投薬指導等	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	(□)	

\* ホルモン剤使用の場合、3ヶ月時の問診と血液検査は必須となります。  
 \*\* 非浸潤がんでは、血液検査を省略する場合があります  
 \*\*\* 乳房エコーはマンモグラフィとずらして〇年6ヶ月時に施行する場合があります(年1回実施)  
 術後5年以降は、年1回の定期健診(血液検査、マンモグラフィ、乳房エコー)を術後10年まで施行します(ホルモン療法継続中の方、その他必要な方には適宜追加)

上記のほかに、月1回は、自分で乳房の自己触診をしましょう!