

乳がん術後連携パス

【患者さん用】 乳がん術後連携パス 自己チェックシート

- * 診察前あるいは月に一度、日を決めて自分の身体のチェックをしてください。
- * 体重は毎回記入しましょう。
- * ○：必須項目、△：必要時に行います。

	術後月数	1ヶ月
	受診の有無	有・無
	診察日	月 日
	医療機関名 (松江日赤)	()
診察内容	問診	●
	触診	●
自己チェック項目		
体重		53 kg
生活習慣病 その他	血圧	
	血糖・HbA1c	
	LDLコレステロール	
	中性脂肪	
自覚症状	倦怠感はない	✓
	気分がよい	×
	よく眠れる	✓
	不正出血がない	✓
	おりもの状態も変わらず、陰部のかゆみもない	✓
	関節のこわばりや痛みはない	×
	自己検診日	1月19日
自己検診	乳房にしこりがない	✓
	皮膚のへこみ、ひきつれがない	✓
	手術痕の周囲に赤みや熱感がない	✓
	乳頭のへこみやただれがない	✓
	乳汁の分泌がない	✓
	わきの下に硬いものが触れない	✓
リハビリ	腕や肩を動かすと痛みがない	✓
	手術前と同じくらい腕があがる	✓
	腕にむくみや違和感がない	✓
	腕が赤く腫れたり熱を持ってはいない	✓
その他	気になる症状がある	有・無
	(自由記載欄)	
		<input type="checkbox"/> 連絡メモ参照

予定一覧です。

診察時の検査の結果をご自分で記入してください。

各項目を確認し、かわりなければ✓しましょう。症状があれば、×をつけましょう。

ご自身で記入してください。

連絡メモを記入した場合は、✓しましょう。



おおむね、10年間通院の予定です。
毎月、自己チェックの欄に記入を行い受診の際には、このノートを持参してください。
病院を受診する時には、預かった紹介状があれば必ず持参してください。

患者ID： 患者氏名：
【患者さん用】乳がん術後連携パス 自己チェックシート

平成 年

	術後月数	手術日
	受診の有無	有・無
	診察日	月 日
	医療機関名 (連携医 ・ 松江日赤)	松江日赤
診察内容	問診	
	触診	
	採血	
	腫瘍マーカー	
	マンモグラフィ	
	乳腺エコー	
	胸腹部骨盤CT (造影) (腹部エコー：造影CTできない場合など)	
	婦人科検診 (TAM服用時) 骨密度測定 (AI剤服用時)	
処方 注射	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤 <input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤	
	(<input type="checkbox"/> ゾラテックス毎月 <input type="checkbox"/> リュープリン3ヶ月毎)	
自己チェック項目		
体重		kg
生活習慣病 その他	血圧	
	血糖・HbA1c	
	LDLコレステロール	
	中性脂肪	
	()	
	()	
自覚症状	食事が美味しく食べられる	
	倦怠感はない	
	気分がよい	
	よく眠れる	
	不正出血がない	
	おりもの状態も変わらず、陰部のかゆみもない	
	関節のこわばりや痛みはない	
	自己検診日	月 日
自己検診	乳房にしこりがない	
	皮膚のへこみ、ひきつれがない	
	手術痕の周囲に赤みや熱感がない	
	乳頭のへこみやただれがない	
	乳汁の分泌がない	
	わきの下に硬いものが触れない	
リハビリ	腕や肩を動かすと痛みがない	
	手術前と同じくらい腕があがる	
	腕にむくみや違和感がない	
	腕が赤く腫れたり熱を持ってはいない	
その他	気になる症状がある	有・無
	(自由記載欄)	
		<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 連絡メモ参照

患者ID: _____ 患者氏名: _____
 【患者さん用】乳がん術後連携パス 自己チェックシート
 平成 _____ 年

1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
連携医				
△	△	●	△	△
△	△	●	△	△
△	△	●	△	△
		●		
△	△	△	△	△
△	△	△	△	△
kg	kg	kg	kg	kg
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
<input type="checkbox"/> 連絡メモ参照				

患者ID: _____ 患者氏名: _____
 【患者さん用】乳がん術後連携パス 自己チェックシート

		平成 _____ 年
		6ヶ月
		有・無
		月 日
	術後月数	
	受診の有無	
	診察日	
	医療機関名 (連携医 ・ 松江日赤)	松江日赤
診察内容	問診	●
	触診	●
	採血	●
	腫瘍マーカー	●
	マンモグラフィ	
	乳腺エコー	
	胸腹部骨盤CT (造影) (腹部エコー: 造影CTできない場合など)	
	婦人科検診 (TAM服用時)	
	骨密度測定 (AI剤服用時)	
処方注射	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤 <input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤	△
	(<input type="checkbox"/> ゾラテックス毎月 <input type="checkbox"/> リュープリン3ヶ月毎)	△
自己チェック項目		
体重		kg
生活習慣病 その他	血圧	
	血糖・HbA1c	
	LDLコレステロール	
	中性脂肪	()
		()
自覚症状	食事が美味しく食べられる	
	倦怠感はない	
	気分がよい	
	よく眠れる	
	不正出血がない	
	おりもの状態も変わらず、陰部のかゆみもない	
	関節のこわばりや痛みはない	
自己検診日	月 日	
自己検診	乳房にしこりがない	
	皮膚のへこみ、ひきつれがない	
	手術痕の周囲に赤みや熱感がない	
	乳頭のへこみやただれがない	
	乳汁の分泌がない	
	わきの下に硬いものが触れない	
リハビリ	腕や肩を動かすと痛みがない	
	手術前と同じくらい腕があがる	
	腕にむくみや違和感がない	
	腕が赤く腫れたり熱を持ってはいない	
その他 (自由記載欄)	気になる症状がある	有・無
		<input type="checkbox"/> 紹介状
		<input type="checkbox"/> 連絡メモ参照