

患者情報

フリガナ  
患者氏名 \_\_\_\_\_ 様  
性別 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_  
  
患者ID \_\_\_\_\_

○は必須項目 △は可能であれば、あるいは必要時実施項目

	(術後)	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大
		2~5ヶ月	6ヶ月	7~11ヶ月	1年	1年1~5ヶ月	1年6ヶ月	1年7~11ヶ月	2年	2年1~5ヶ月	2年6ヶ月	2年7~11ヶ月	3年
		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
診察	問診	患肢の腫れ、局所異常所見の訴え	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		肩関節運動障害・関節痛の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		一般的内科的診察での異常	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	視触診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
投薬	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	
検査	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	

投薬情報

投薬内容  
 アリミデックス     ノルバデックス(10mg)×2  
 フェマーラ         ノルバデックス(20mg)  
 アロマシン         その他 ( )  
 UFT

投薬予定期間    年間    上記6つのうちいずれかを使用

ゴラデックス(3.6mg)    4週に1回皮下注  
 リュープリン(3.75mg)    4週に1回皮下注  
 リュープリンSR(11.25mg) 12週に1回皮下注

投薬予定期間    年間    上記3つのうちいずれかを使用

	(術後)	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大
		3年1~5ヶ月	3年6ヶ月	3年7~11ヶ月	4年	4年1~5ヶ月	4年6ヶ月	4年7~11ヶ月	5年	5年1~11ヶ月	6年	6年1~11ヶ月	7年
		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
診察	問診	患肢の腫れ、局所異常所見の訴え	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		肩関節運動障害・関節痛の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		一般的内科的診察での異常	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	視触診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○
投薬	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	
検査	△	△	△	○	△	△	△	○	△	○	△	○	

手術情報

病名 ( )乳癌 ( )  
 手術日 年 月 日  
 手術内容                      手術部位  
 乳房切除                       左  
 乳房部分切除                 右  
 ( )                               両側

腋窩リンパ節郭清                      センチネル生検  
 あり  なし                       あり  なし

TNM分類  
 ・ T N M stage ( )

	(術後)	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	かかりつけ医	大医薬大	【診療時特記事項と対応】
		7年1~11ヶ月	8年	8年1~11ヶ月	9年	9年1~11ヶ月	10年	
		月	月	月	月	月	月	
診察	問診	患肢の腫れ、局所異常所見の訴え	○	○	○	○	○	
		肩関節運動障害・関節痛の有無	○	○	○	○	○	
		全身倦怠感	○	○	○	○	○	
		一般的内科的診察での異常	○	○	○	○	○	
	視触診	△	○	△	○	△	○	
投薬	△	○	△	○	△	○		
検査	△	○	△	○	△	○		

点滴化学療法・放射線治療の情報

乳腺術後サマリー(別紙)参照

ハーセプチン術後補助療法  あり  なし  
 (ありの場合ハーセプチン術後補助療法パス参照)

※6ヶ月以降を目処に開始  
 投薬はかかりつけ医のみで  
 投薬間隔は1~3ヶ月(かかりつけ医の判断で)  
 投薬終了後の通院間隔はかかりつけ医の判断で  
 (できれば3~6ヶ月毎)  
 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診(3~6ヶ月)  
 大医薬大での定期受診は10年目まで  
 定期受診日以外でも必要があれば大医薬大を受診

※大医薬大での定期検査  
 原則として  
 半年毎の採血(腫瘍マーカー)  
 1年毎の採血、胸腹部CT、MMG(or US)  
 AI剤内服時は年1回のDEXA測定

備考