

患者情報

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

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つのうち何れかを使用

ゾラデックス
 リュープリン

投薬予定期間 年間 上記薬剤のうち何れかを使用
 何力月製剤を使用いただいても結構です

手術情報

病名 (乳癌)
 手術日 _____年 _____月 _____日
 手術部位(右) 手術部位(左)
 手術内容
 放射線治療(残存乳腺): _____
 放射線治療(胸壁・所属リンパ節): _____
 腋窩リンパ節郭清: _____
 センチネル生検: _____

病期
 T: _____
 N: _____ n(_____ / _____)
 M: _____
 組織グレード: _____

ER: _____
 PR: _____
 Her2: _____
 FISH: _____
 組織型: _____
 Ki-67: _____ %

備考

○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) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (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ヵ月 | 6ヵ月 | 7~11ヵ月 | 1年 | 1年1~5ヵ月 | 1年6ヵ月 | 1年7~11ヵ月 | 2年 | 2年1~5ヵ月 | 2年6ヵ月 | 2年7~11ヵ月 | 3年 |
| 診察 | 問診 | 体調 | 薬の副作用 | 不正出血の有無 | (骨粗鬆症の有無) | リンパ浮腫の有無 | 一般的内科的診察での異常 | 視触診 | 投薬 | 検査 | 投薬 | 検査 | 投薬 | 検査 |
| | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ |

| | | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (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ヵ月 | 3年6ヵ月 | 3年7~11ヵ月 | 4年 | 4年1~5ヵ月 | 4年6ヵ月 | 4年7~11ヵ月 | 5年 | 5年1~11ヵ月 | 6年 | 6年1~11ヵ月 | 7年 |
| 診察 | 問診 | 体調 | 薬の副作用 | 不正出血の有無 | (骨粗鬆症の有無) | リンパ浮腫の有無 | 一般的内科的診察での異常 | 視触診 | 投薬 | 検査 | 投薬 | 検査 | 投薬 | 検査 |
| | | | ○ | △ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ |

| | | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | 【診療時特記事項と対応】 | |
|----|----|----|----------|---------|-----------|----------|--------------|------|--------------|----|
| | | | 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 | | |
| | | | 7年1~11ヵ月 | 8年 | 8年1~11ヵ月 | 9年 | 9年1~11ヵ月 | 10年 | | |
| 診察 | 問診 | 体調 | 薬の副作用 | 不正出血の有無 | (骨粗鬆症の有無) | リンパ浮腫の有無 | 一般的内科的診察での異常 | 視触診 | 投薬 | 検査 |
| | | | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | | |
| | | | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | | |

※6ヵ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ヵ月(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ヵ月毎)
 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診(3~6ヵ月)
 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は原則1年毎のMMGのみ。
 AI内服時は1年毎のDEXA測定。
 かかりつけ医で施行可能な検査は
 できるだけ施行お願いいたします。
 その場合、大医薬大での検査を省略します。

患者情報

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

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つのうち何れかを使用

ゾラデックス
 リュープリン

投薬予定期間 年間 上記薬剤のうち何れかを使用
 何力月製剤を使用いただいても結構です

手術情報

病名 (乳癌)
 手術日 _____年 _____月 _____日
 手術部位(右) 手術部位(左)
 手術内容
 放射線治療(残存乳腺): _____
 放射線治療(胸壁・所属リンパ節): _____
 腋窩リンパ節郭清: _____
 センチネル生検: _____

病期
 T: _____
 N: _____ n(_____ / _____)
 M: _____
 組織グレード: _____

ER: _____
 PR: _____
 Her2: _____
 FISH: _____
 組織型: _____
 Ki-67: _____ %

備考

○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) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (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ヵ月 | 6ヵ月 | 7~11ヵ月 | 1年 | 1年1~5ヵ月 | 1年6ヵ月 | 1年7~11ヵ月 | 2年 | 2年1~5ヵ月 | 2年6ヵ月 | 2年7~11ヵ月 | 3年 |
| 診察 | 問診 | 体調 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | |
| | | 薬の副作用 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | 不正出血の有無 | | | | | | | | | | | | |
| | | (骨粗鬆症の有無) | | | | | | | | | | | | |
| | | リンパ浮腫の有無 | | | | | | | | | | | | |
| | | 一般的内科的診察での異常 | | | | | | | | | | | | |
| | | 視触診 | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ |
| 投薬 | | | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ |
| 検査 | | | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ |

| | | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | (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ヵ月 | 3年6ヵ月 | 3年7~11ヵ月 | 4年 | 4年1~5ヵ月 | 4年6ヵ月 | 4年7~11ヵ月 | 5年 | 5年1~11ヵ月 | 6年 | 6年1~11ヵ月 | 7年 |
| 診察 | 問診 | 体調 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | |
| | | 薬の副作用 | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | △ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | | 不正出血の有無 | | | | | | | | | | | | |
| | | (骨粗鬆症の有無) | | | | | | | | | | | | |
| | | リンパ浮腫の有無 | | | | | | | | | | | | |
| | | 一般的内科的診察での異常 | | | | | | | | | | | | |
| | | 視触診 | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | |
| 投薬 | | | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | |
| 検査 | | | △ | △ | △ | ○ | △ | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | |

| | | | (術後) | | (術後) | | (術後) | | 【診療時特記事項と対応】 |
|----|----|--------------|----------|------|----------|------|----------|------|--------------|
| | | | 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 | |
| | | | 7年1~11ヵ月 | 8年 | 8年1~11ヵ月 | 9年 | 9年1~11ヵ月 | 10年 | |
| 診察 | 問診 | 体調 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | |
| | | 薬の副作用 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | | 不正出血の有無 | | | | | | | |
| | | (骨粗鬆症の有無) | | | | | | | |
| | | リンパ浮腫の有無 | | | | | | | |
| | | 一般的内科的診察での異常 | | | | | | | |
| | | 視触診 | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | |
| 投薬 | | | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | |
| 検査 | | | △ | ○ | △ | ○ | △ | ○ | |

※6ヵ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ヵ月(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ヵ月毎)
 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診(3~6ヵ月)
 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は原則1年毎のMMGのみ。
 AI内服時は1年毎のDEXA測定。
 かかりつけ医で施行可能な検査は
 できるだけ施行お願いいたします。
 その場合、大医薬大での検査を省略します。