

乳腺術後連携パス（2年1ヶ月～2年6ヶ月）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
		関節症状の有無			
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT（PET-CT）				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺 チェック	へこみ・ひきつれ・腫れ などはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺 チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		△
		△
		△
		△
○	○	○
△	△	△

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（2年7ヶ月～3年）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT（PET-CT）				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



通信欄 (2年目) (手術病院→かかりつけ医)



年. 月. 日

サイン

通信欄 (2年目) (かかりつけ医→手術病院)



年. 月. 日

サイン



かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		○
		○
		○
		△
○	○	○
△	△	△

～ メ モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



通信欄 (3年目) (かかりつけ医→手術病院)



年. 月. 日

サイン



かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		○
		○
		○
		△
○	○	○
△	△	△

～ メ モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（1年7ヶ月～2年）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT（PET-CT）				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



サイン

[illegible]

乳腺術後連携パス（3年1ヶ月～3年6ヶ月）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
		関節症状の有無			
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT（PET-CT）				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		△
		△
		△
		△
○	○	○
△	△	△

～ メ モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（1年1ヶ月～1年6ヶ月）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT (PET-CT)				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		△
		△
		△
		△
○	○	○
△	△	△

～ メ モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（3年7ヶ月～4年）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT（PET-CT）				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



[illegible]

サイン

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of small, uniform squares formed by thin, light gray lines. There are no margins, text, or other markings on the page.



かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		○
		○
		○
		△
○	○	○
△	△	△

～ メ モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



サイン

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of small, uniform squares formed by thin, light gray lines. There are 20 columns and 20 rows of squares, creating a total area of 400 small squares. The margins are consistent on all sides, and there are no markings or text on the page.



手術病院	手術病院	手術病院
10ヶ月	11ヶ月	1年
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		○
		△
		○
		△
○	○	○
△	△	△

～ × も ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（7ヶ月～1年）



(術 後)			手術病院	手術病院	手術病院
			7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
			毎月受診	毎月受診	月 日
診 察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採 血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検 査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT（PET-CT）				
	骨シンチ				
投 薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自 己 検 診	患側乳腺 チェック	へこみ・ひきつれ・腫れ などはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺 チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



サイン

This image shows a full page of blank graph paper. The grid consists of small, uniform squares formed by thin, light gray lines. There are 20 columns and 20 rows of squares, creating a total area of 400 small squares. The margins are consistent on all sides, and there are no markings or text on the page.

乳腺術後連携パス（4年1ヶ月～4年6ヶ月）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			4年1ヶ月	4年2ヶ月	4年3ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT (PET-CT)				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





手術病院	手術病院	手術病院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	△
		△
		△
○	○	△
△	△	△

～ × モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（1ヶ月～6ヶ月）



(術 後)			手術病院	手術病院	手術病院
			1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
			毎月受診	毎月受診	月 日
診 察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採 血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検 査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT (PET-CT)				
	骨シンチ				
投 薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自 己 検 診	患側乳腺 チェック	へこみ・ひきつれ・腫れ などはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺 チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
4年4ヶ月	4年5ヶ月	4年6ヶ月
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		△
		△
		△
		△
○	○	○
△	△	△

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います



乳腺術後連携パス（4年7ヶ月～5年）



(術 後)			かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
			4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月
			毎月受診	毎月受診	毎月受診
診察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採血	血算・生化学		△	△	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP				△
検査	胸X-P				△
	マンモグラフィ				
	胸部超音波検査				
	胸腹部CT (PET-CT)				
	骨シンチ				
投薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自己検診	患側乳腺チェック	へこみ・ひきつれ・腫れなどはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



[illegible]

定期検査について



乳腺の手術を受けられた方は、通常10年間、定期検査を受けていただく必要があります。

14ページ以降に「診察・検査予定表」として定期検査の予定をまとめました。

手術後はかかりつけ医と手術を施行した病院の両方で診察を受けていただき、定期的に検査を行ってもらい、体調の変化や再発の有無のチェックをしていただきます。

表に示すとおりの間隔で病院を受診していただき、検査予定欄に示す検査を受けていただきます。1年以降の受診間隔はかかりつけ医の判断で行います。マンモグラフィ・CT・骨シンチ・PET-CTなどは病院で主治医と相談して行ってください。

緊急時や入院治療が必要な時は、かかりつけ医の指示で、手術病院を受診していただくことになります。体調などでお困りの時にも、まずかかりつけ医にご相談ください。

なお、乳腺以外（胃，大腸，肺，肝臓，子宮，卵巣など）の病気に関しては検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に診ていただくか、地域の健康診断などをご自身で必ず受けてください。





かかりつけ医	かかりつけ医	手術病院
4年10ヶ月	4年11ヶ月	5年
毎月受診	毎月受診	月 日
○	○	○
○	○	○
△	△	○
		○
		○
		○
		○
		○
		△
○	○	○
△	△	△

～ × モ ～

○は必須項目 △は必要時に行います



通信欄 (5年目) (かかりつけ医→手術病院)



年. 月. 日

サイン



お薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、ホルモン剤や化学療法剤で、手術の治療効果を高めるために必要なものです。

薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。



悩み事は抱え込まず、相談しましょう

診断・手術・術後の治療など考える暇もなく治療が進み、今後定期的な診察となりました。

今後の生活や病気への不安、仕事、家族のことなどいろいろな悩み事があると思います。

今後の生活をより充実させるためには、家族はもちろん医師、医療者との良好なコミュニケーションにより、ひとりで悩まず、周りのみんなと一緒に進んでいくことが大切です。

不安、悩み事は一人で抱え込まず、家族・医療者に相談しましょう。周りの人々はあなたの強力なサポーターです。



定期的な診察や検査について

術後10年を目途に、定期的な診察や検査を行います。
診察や検査の間隔は、状態によって違いますので 医師の指示通り、診察や検査を受けるようにしてください。



毎月1回、自己検診を続けましょう

乳房の異常は自分でも調べることができます。
手術を受けたこの機会に、毎月1回、日を決めて、手術側の点検を行い、皮膚の変化・しこり（硬結）や発赤などがないかをチェックします。

さらに手術をしていない側の乳房の自己検診も続けるようにし、乳頭からの分泌物や皮膚の変化がないか、乳房を触ってみて小さなしこりがないか、よく調べてください。

気になるところがあったら、主治医に相談してください。

通信欄 (5年目) (手術病院→かかりつけ医)



年. 月. 日

サイン

乳腺術後連携パス（5年1ヶ月～8年）



(術 後)			かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医
			5年1ヶ月 ～11か月	6年 月 日	6年1ヶ月 ～11か月
診 察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採 血	血算・生化学		△	○	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP		△	○	△
検 査	胸X-P		△	○	△
	マンモグラフィ			○	
	胸部超音波検査			○	
	胸腹部CT（PET-CT）			○	
	骨シンチ			△	
投 薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自 己 検 診	患側乳腺 チェック	へこみ・ひきつれ・腫れ などはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺 チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
乳頭の異常はないか					
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





ケガ・やけど・手荒れには十分注意を

傷ができると、健康な時より炎症を起こしやすくなります。

手や指先が荒れないようにハンドクリームなどを塗りましょう。

深爪や虫刺されに注意しましょう。

裁縫のとき、針を指に刺さないように気をつけましょう。

ガーデニングなどを行う時はゴム手袋をはめましょう。

急激な日焼けを避けましょう。

ケガをしたらすぐに水で洗い、消毒してください。

大きなケガをしたり、傷口が治りにくい時は、病院に行ってください。



反対側の腕を
使って

入院中に指導を受けたリンパマッサージを行いましょう。

腕にむくみのある方は、リンパ浮腫外来やリンパ浮腫教室もあります。

退院後の注意点について



生活について

からだの調子に自信がついたら、手術前の生活を心がけてください。
仕事への復帰、外出・旅行も大丈夫です。

リンパ節郭清を受けた患側上肢について

できるだけ負担をかけないで下さい

リンパ節郭清によりリンパ液の流れが低下し、腕がむくみやすくなります。

腕時計や指輪を避け、服の袖口はゆるめにしましょう。

注射や採血、血圧測定などもできるだけ反対側の腕でするようにしましょう。注射や採血が反対側で困難になった場合は、医師に相談しましょう。

重いカバンや荷物は反対側の腕を使いましょう。
買い物の時は、キャリアーなどを使うと便利です。



手術病院	かかりつけ医	手術病院
7年 月 日	7年1ヶ月 ～11か月	8年 月 日
○	○	○
○	○	○
○	△	○
○	△	○
○	△	○
○	△	○
○		○
○		○
△		△
○	○	○
△	△	△

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います



通信欄（5～8年目）（かかりつけ医→手術病院）



年. 月. 日

サイン

[illegible]

手術日（治療日）

_____年 _____月 _____日

病変①

主占拠部位 ☐A ☐B ☐C ☐D ☐E ☐ その他_____

大きさ _____cm

T_____ N_____ M_____

Stage ☐0 ☐IA ☐IB ☐IIA ☐IIB

☐IIIA ☐IIIB ☐IIIC ☐IV

組織 ☐硬がん ☐充実腺管がん ☐乳頭腺管がん

☐その他_____

☐ホルモン受容体（陽性・陰性）

☐HER2（陽性・陰性）

病変②

術式①

☐乳房温存（円状・扇状） ☐乳房切除 ☐再建

☐リンパ節（郭清・非郭清）

☐その他_____

術式②

術前腫瘍マーカー

CEA _____ng/ml 正常値（ _____以下）

15-3 _____U/ml 正常値（ _____以下）

NCC-ST439 _____U/ml 正常値（ _____以下）

1-CTP _____U/ml 正常値（ _____以下）

内服薬

☐ノルバデックス

☐フェアストン

☐アリミデックス

☐アロマシン

☐フェマーラ

☐ヒスロン

☐ゾラデックス

☐リ्यूプリン（3.75・11.25）

通信欄（5～8年目）（手術病院→かかりつけ医）



年. 月. 日

サイン

乳腺術後連携パス（9年～10年）



(術 後)			かかりつけ医	手術病院	かかりつけ医
			8年1ヶ月 ～11か月	9年 月 日	9年1ヶ月 ～11か月
診 察	視触診	腫瘍・硬結の有無	○	○	○
		腋窩リンパ節腫大の有無			
		鎖骨上窩リンパ節の有無			
		患肢上肢：リンパ浮腫・炎症の有無			
	問診	更年期症状の有無	○	○	○
		出血・帯下の有無			
関節症状の有無					
採 血	血算・生化学		△	○	△
	CEA・CA15-3・ST439・1-CTP		△	○	△
検 査	胸X-P		△	○	△
	マンモグラフィ			○	
	胸部超音波検査			○	
	胸腹部CT (PET-CT)			○	
	骨シンチ			△	
投 薬	ホルモン剤・注射		○	○	○
	その他の内服薬		△	△	△
自 己 検 診	患側乳腺 チェック	へこみ・ひきつれ・腫れ などはないか			
		赤く腫れてる所はないか			
		しこりはないか			
		乳頭のへこみはないか			
		乳頭分泌はないか			
	健側乳腺 チェック	しこりはないか			
		へこみ・引きつれはないか			
		乳頭の異常はないか			
その他					



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



既往歴および現在治療中の病気

アレルギー

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

ふりがな
お名前

生年月日 明・大・昭・平____年____月____日

身長 _____cm 体重（退院時）_____ kg

手術病院

TEL

ID

担当医

退院日 _____年 _____月 _____日

かかりつけ医療機関(1)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関(2)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関(3)

医師名

TEL

かかりつけ薬局

TEL



手術病院
10年
月 日
○
○
○
○
○
○
○
△
○
△

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います



通信欄（9～10年目）（かかりつけ医→手術病院）

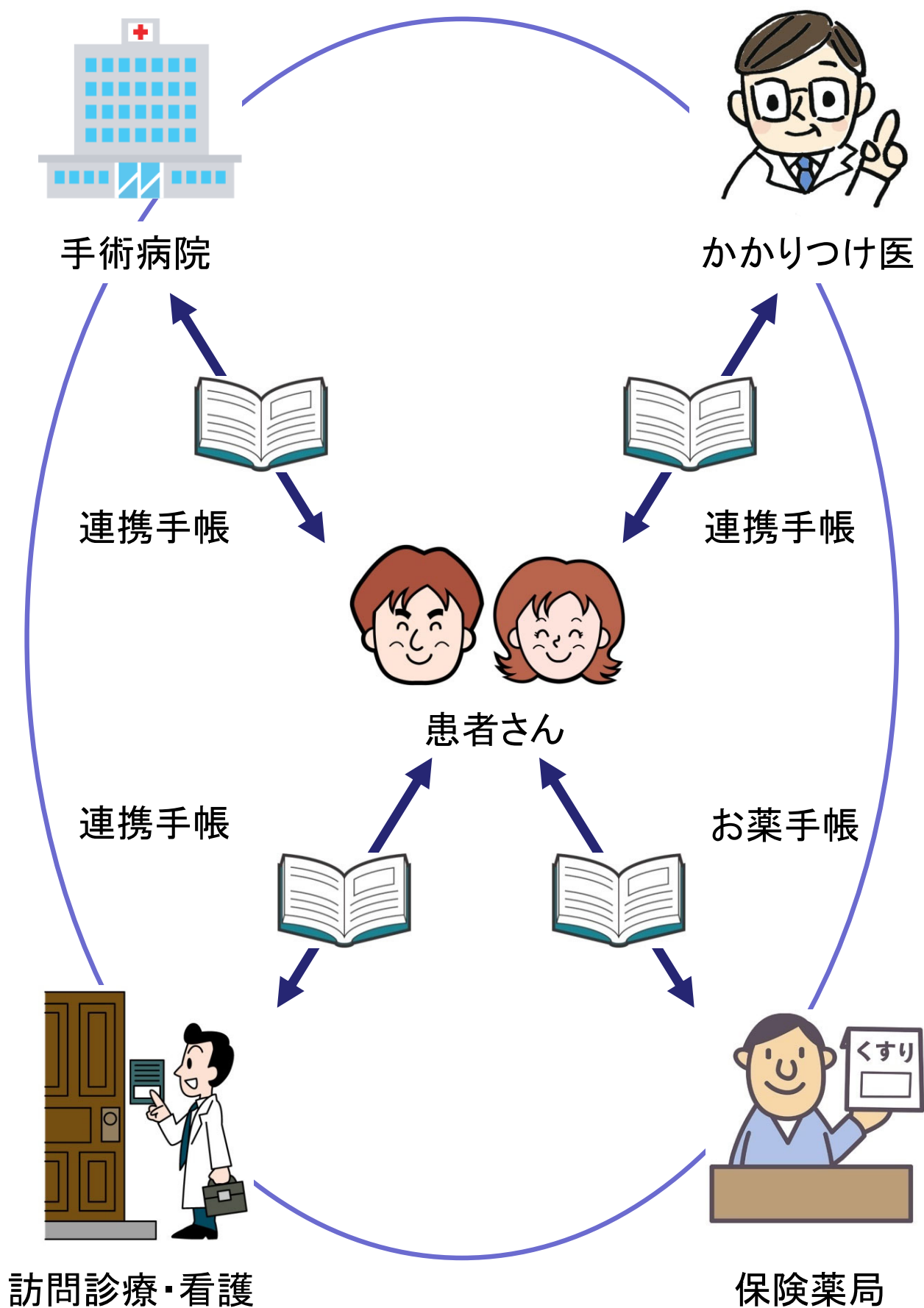


年. 月. 日

サイン

[illegible]

地域医療連携とは



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です。医療機関受診時にお忘れなく。

通信欄（9～10年目）（手術病院→かかりつけ医）



年. 月. 日

サイン

各種窓口



患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように地域医療連携室や医療相談窓口で相談をお受けしています。



_____病院
地域医療連携室(地域医療連携サービス業務)

紹介患者様の受診予約

受診当日の受付・受診科へのご案内

病院・診療所・行政との医療連携に関する事項

セカンドオピニオン外来の受付

電話： _____(直通)

時間 (平日 : ~ :)

(土・日曜日、祝祭日はお休みです)



医療相談室

病気を抱えて生活することの不安や悩みに関する相談、医療保険、年金、介護サービスなどについての相談、転院や退院後の生活についての相談、医療費などの経済的な問題についての相談

電話： _____(直通)

時間 (平日 : ~ :)

(土・日曜日、祝祭日はお休みです)



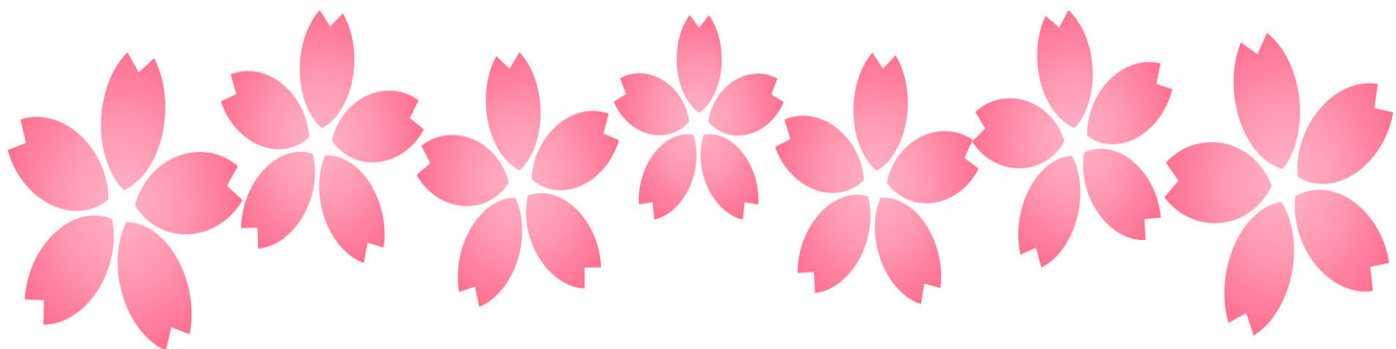
夜間・休日などの対応

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、各病院までご連絡ください。

_____病院

電話： _____(代表)

[illegible]



この手帳は、手術病院と地域のかかりつけ医が協力し、患者さんの視点にたった安心で質の高い医療を提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容には、①患者さんの診療情報、②退院後の生活について、③今後の診療予定表、④通信欄などが含まれています。

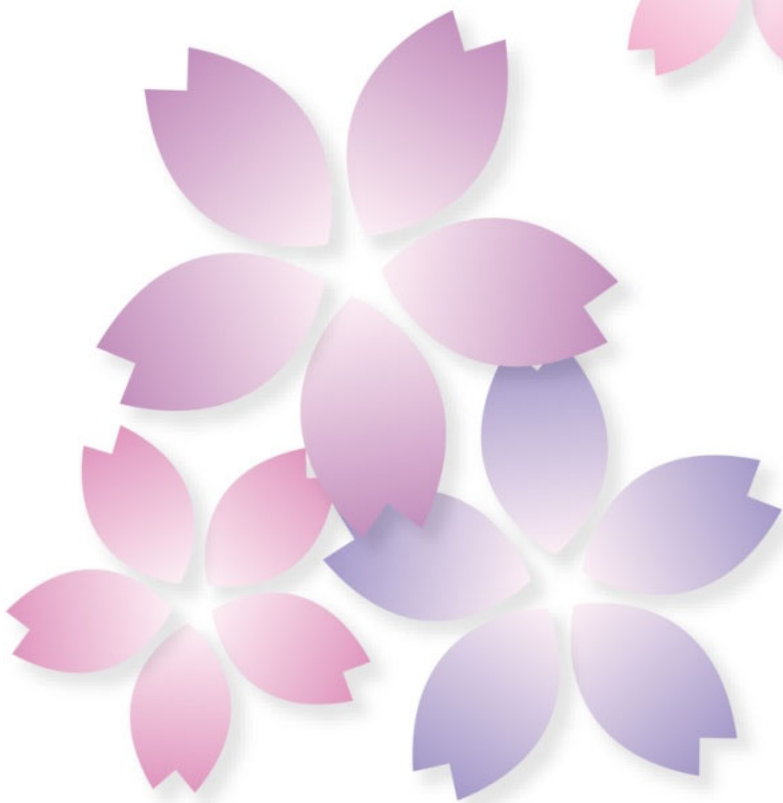
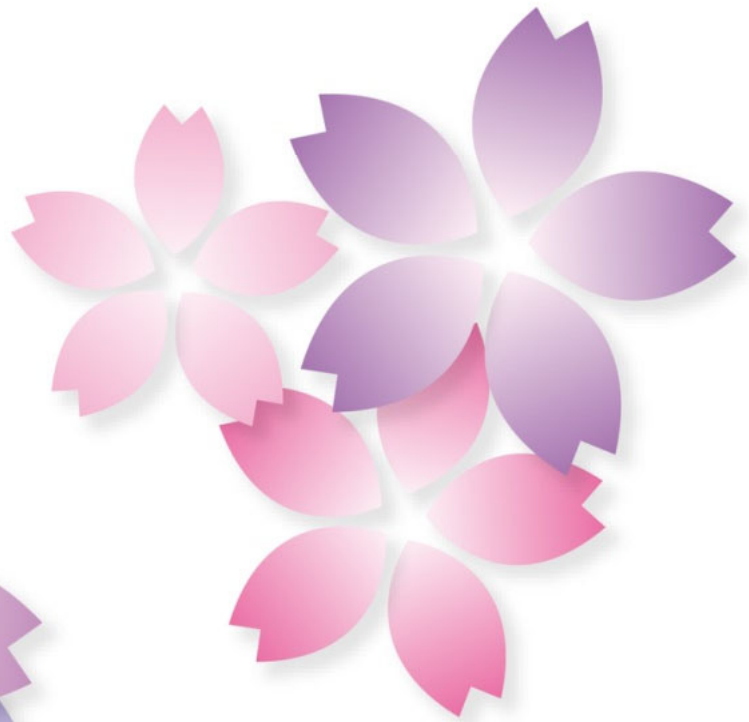
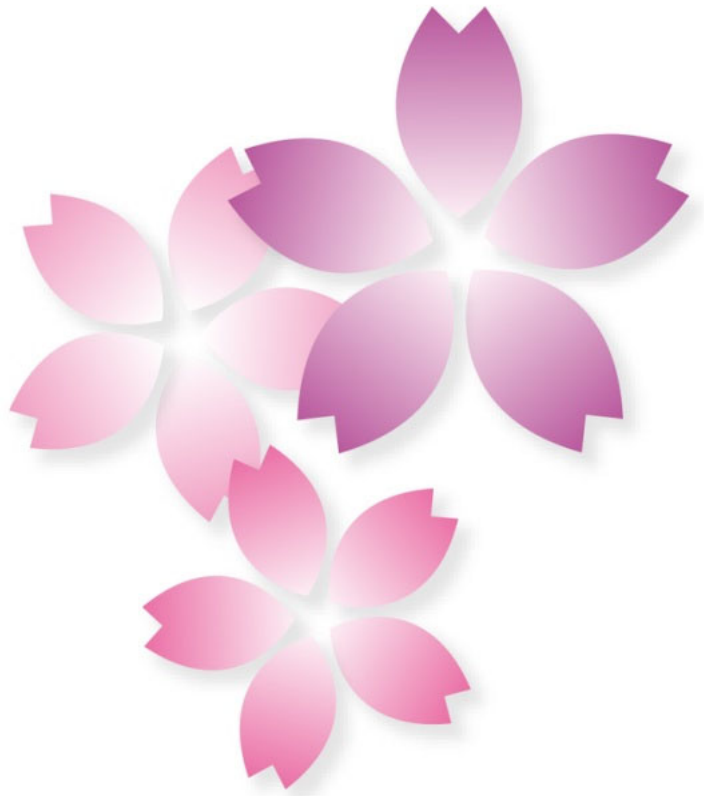
この手帳を活用し、かかりつけ医と手術病院の医師が協力して患者さんの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や大きな検査は手術病院が行います。何か心配なことがあるときには、まずかかりつけ医に相談して下さい。適宜必要に応じ手術病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合で休日や夜間などでかかりつけ医を受診できない場合は、手術病院までご連絡下さい。





秋田県医師会
秋田県がん診療連携協議会
秋田県健康福祉部



秋田県医療連携手帳
「私のカルテ」

