

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 QOLを維持し、局所再発や対側乳がんの早期発見 手術日: 年 月 日

適応基準: 非浸潤がん(DCIS)

	開始時	6ヶ月	12ヶ月	18ヶ月	24ヶ月	30ヶ月	36ヶ月	42ヶ月	48ヶ月	54ヶ月	60ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
温存乳房、胸壁に再発がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳癌の発症がない											
自他覚症状と判断基準											
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入											
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脇の下の視・触診 (固いものが触れない)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査と判断基準											
腫瘍マーカー (CEA/CA15-3)	○		○		○		○		○		○
乳腺超音波・マンモグラフィ			○		○		○		○		○
胸腹部CT単純あるいは造影			○		○		○		○		○
投薬											
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導											
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食事指導・生活指導											
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン											
Nsサイン											

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 QOLを維持し、局所再発や対側乳がんの早期発見 手術日: 年 月 日

適応基準: 非浸潤がん(DCIS)

	66ヶ月	72ヶ月	78ヶ月	84ヶ月	90ヶ月	96ヶ月	102ヶ月	108ヶ月	114ヶ月	120ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLが維持できている	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
温存乳房、胸壁に再発がない	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳癌の発症がない										
自他覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脇の下の視・触診 (固いものが触れない)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
検査と判断基準										
腫瘍マーカー (CEA/CA15-3)		○		○		○		○		○
乳腺超音波・マンモグラフィ		○		○		○		○		○
胸腹部CT単純あるいは造影		○		○		○		○		○
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導										
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食事指導・生活指導										
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン										
Nsサイン										

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法連携 (開始時~30ヶ月)

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 QOLを維持し、術後ホルモン療法を完遂する 手術日: 年 月 日

適応基準: ER又はPGR陽性の方

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  体重減少が続くとき  再発が疑われるとき

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	開始時	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	24ヶ月	27ヶ月	30ヶ月
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持											
温存乳房、胸壁に再発の有無											
対側乳癌の発症の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ホルモン療法の順守と副作用のケア											
自覚症状と判断基準											
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入											
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脇の下の視・触診 (固いものが触れない)											
全身倦怠感											
食欲不振											
発疹・かゆみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
hot flash											
帯下の変化											
不正性器出血											
関節痛・こわばり											
骨折											
検査と判断基準											
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ	○				○				○		
投薬											
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導											
服薬指導・副作用指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導											
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン											
Nsサイン											

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法連携 (33ヶ月~63ヶ月)

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 QOLを維持し、術後ホルモン療法を完遂する 手術日: 年 月 日

適応基準: ER又はPGR陽性の方

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  体重減少が続くとき  再発が疑われるとき

目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	33ヶ月	36ヶ月	39ヶ月	42ヶ月	45ヶ月	48ヶ月	51ヶ月	54ヶ月	57ヶ月	60ヶ月	63ヶ月
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持											
温存乳房、胸壁に再発の有無											
対側乳癌の発症の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ホルモン療法の順守と副作用のケア											
自覚症状と判断基準											
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入											
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脇の下の視・触診 (固いものが触れない)											
全身倦怠感											
食欲不振											
発疹・かゆみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
hot flash											
帯下の変化											
不正性器出血											
関節痛・こわばり											
骨折											
検査と判断基準											
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ		○				○				○	
投薬											
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導											
服薬指導・副作用指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導											
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン											
Nsサイン											

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法連携 (66ヶ月～90ヶ月)

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終目標】 QOLを維持し、術後ホルモン療法を完遂する 手術日: 年 月 日

適応基準: ER又はPGR陽性の方

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

	66ヶ月	69ヶ月	72ヶ月	75ヶ月	78ヶ月	81ヶ月	84ヶ月	87ヶ月	90ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持									
温存乳房、胸壁に再発の有無									
対側乳癌の発症の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ホルモン療法の順守と副作用のケア									
自他覚症状と判断基準									
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入									
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脇の下の視・触診 (固いものが触れない)									
全身倦怠感									
食欲不振									
発疹・かゆみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○
hot flash									
帯下の変化									
不正性器出血									
関節痛・こわばり									
骨折									
検査と判断基準									
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ			○				○		
投薬									
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導									
服薬指導・副作用指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導									
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン									
Nsサイン									

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法連携 (93ヶ月～120ヶ月)

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終目標】 QOLを維持し、術後ホルモン療法を完遂する 手術日: 年 月 日

適応基準: ER又はPGR陽性の方

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

	93ヶ月	96ヶ月	99ヶ月	102ヶ月	105ヶ月	108ヶ月	111ヶ月	114ヶ月	117ヶ月	120ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持										
温存乳房、胸壁に再発の有無										
対側乳癌の発症の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ホルモン療法の順守と副作用のケア										
自他覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤がない) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
脇の下の視・触診 (固いものが触れない)										
全身倦怠感										
食欲不振										
発疹・かゆみ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
hot flash										
帯下の変化										
不正性器出血										
関節痛・こわばり										
骨折										
検査と判断基準										
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ		○				○				○
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導										
服薬指導・副作用指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導										
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン										
Nsサイン										

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法なし連携 (開始時~30ヶ月)

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 QOLを維持し、局所再発や対側乳がんの早期発見。術後後遺症のケア。地域連携による経過観察。 手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

目標 \ 受診間隔の目安	開始時	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	15ヶ月	18ヶ月	21ヶ月	24ヶ月	27ヶ月	30ヶ月
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持											
温存乳房、胸壁に再発の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳癌の発症の有無											
自他覚症状と判断基準											
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入											
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リンパ節腫大											
全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食欲不振											
検査と判断基準											
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ	○				○				○		
投薬											
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導											
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導											
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン											
Nsサイン											

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法なし連携 (33ヶ月~63ヶ月)

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 QOLを維持し、局所再発や対側乳がんの早期発見。術後後遺症のケア。地域連携による経過観察。 手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき

目標 \ 受診間隔の目安	33ヶ月	36ヶ月	39ヶ月	42ヶ月	45ヶ月	48ヶ月	51ヶ月	54ヶ月	57ヶ月	60ヶ月	63ヶ月
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持											
温存乳房、胸壁に再発の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳癌の発症の有無											
自他覚症状と判断基準											
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入											
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リンパ節腫大											
全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食欲不振											
検査と判断基準											
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ		○				○				○	
投薬											
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導											
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導											
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン											
Nsサイン											

\*異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法なし連携 (66ヶ月～90ヶ月)

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終目標】 QOLを維持し、局所再発や対側乳がんの早期発見。術後後遺症のケア。地域連携による経過観察。 手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき

	66ヶ月	69ヶ月	72ヶ月	75ヶ月	78ヶ月	81ヶ月	84ヶ月	87ヶ月	90ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持									
温存乳房、胸壁に再発の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳癌の発症の有無									
自他覚症状と判断基準									
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入									
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リンパ節腫大									
全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食欲不振									
検査と判断基準									
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ			○				○		
投薬									
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導									
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導									

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン									
Nsサイン									

※異常があった場合はありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん共同診療計画表 乳がん ホルモン療法なし連携 (93ヶ月～120ヶ月)

かかりつけ医:

専門医:

患者名:

【最終目標】 QOLを維持し、局所再発や対側乳がんの早期発見。術後後遺症のケア。地域連携による経過観察。 手術日: 年 月 日

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき

	93ヶ月	96ヶ月	99ヶ月	102ヶ月	105ヶ月	108ヶ月	111ヶ月	114ヶ月	117ヶ月	120ヶ月
目標 \ 受診間隔の目安 <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
QOLの維持										
温存乳房、胸壁に再発の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳癌の発症の有無										
自他覚症状と判断基準										
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入										
原発側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
対側乳房の視・触診 (しこり、痛み、発赤の有無) <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
リンパ節腫大										
全身倦怠感	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
食欲不振										
検査と判断基準										
血液検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
乳腺超音波・マンモグラフィ		○				○				○
投薬										
薬剤処方	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導										
服薬指導	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
生活指導										

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン										
Nsサイン										

※異常があった場合はありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん術後内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時( )処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000( )皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認	○	○	○	○	○	○
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん術後内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 食事が入らないとき 腫瘍マーカー上昇時 発熱時( )処方  
体重減少が続くとき 再発が疑われるとき WBC<2000( )皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認	○	○	○	○	○	○
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

**【最終目標】 化学療法が問題なく行える**

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時 ( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

**【最終目標】 化学療法が問題なく行える**

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時 ( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	1コース			2コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	3コース			4コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診察記録へ所見を記入してください。



かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	5コース			6コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_ 専門医: \_\_\_\_\_

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準: 発熱時 ( ) 処方 WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安  <input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	_コース			_コース		
	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
	治療日	10日前後	20日前後	治療日	10日前後	20日前後
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
全身倦怠感						
悪心・嘔吐						
食欲不振	○	○	○	○	○	○
口内炎						
皮疹						
浮腫						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
レジメン( )						
併用薬( )	○			○		
併用薬( )						
併用薬( )						
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
副作用説明						
生活指導	○	○	○	○	○	○
自己管理指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

\*異常があった場合は口ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん内服化学療法連携 1コース～3コース

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	1コース		2コース		3コース	
	開始時	HP	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認	○	○	○	○	○	○
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

乳がん内服化学療法連携 4コース以降

かかりつけ医:

患者名:

専門医:

【最終目標】 化学療法が問題なく行える

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	__コース		__コース		__コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる	○	○	○	○	○	○
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )	○	○	○	○	○	○
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )	○	○	○	○	○	○
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認	○	○	○	○	○	○
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						
診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

**【最終目標】 化学療法が問題なく行える**

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時 ( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。

かかりつけ医: \_\_\_\_\_

患者名: \_\_\_\_\_

専門医: \_\_\_\_\_

**【最終目標】 化学療法が問題なく行える**

拠点病院への紹介基準:  食事が入らないとき  腫瘍マーカー上昇時  発熱時 ( ) 処方  
 体重減少が続くとき  再発が疑われるとき  WBC<2000 ( ) 皮下注

目標 \ 受診間隔の目安	_コース		_コース		_コース	
	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> CL
<input type="checkbox"/> 内に診察日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
支障なく日常生活が送れる	○	○	○	○	○	○
副作用なく治療が継続できる						
自己覚症状と判断基準						
体重 <input type="checkbox"/> kg 内に記入						
全身状態(PS) 0~1である						
食欲不振						
悪心・嘔吐	○	○	○	○	○	○
口内炎						
その他( )						
検査と判断基準						
血算( )						
生化学検査( )	○	○	○	○	○	○
腫瘍マーカー( )						
画像診断( )	○	○	○	○	○	○
治療・処置						
( )週投( )週休	○	○	○	○	○	○
お薬手帳に記載(薬剤師が記載)	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
患者指導						
内服確認						
副作用説明	○	○	○	○	○	○
生活指導						
その他						

診察時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
Drサイン						
Nsサイン						
Phサイン						

※異常があった場合は□ありにチェックし、私の診療記録へ所見を記入してください。