



# 乳がん術後長期連携パス ( No Adjuvant )

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		再発有無のチェックが出来る										
検査・診断・治療・放射線治療・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック _____ → _____ →										
検査		①採血 3~6ヶ月毎 _____ → ②腫瘍マーカー 3~6ヶ月毎 _____ → ③マンモグラフィー <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ④乳腺・腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑤胸部単純X-P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ⑥頸・胸・腹部CT <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
手術側乳房・脇の下の症状		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
反対側乳房・脇の下の症状		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
その他症状		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス ( No Adjuvant )

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院											
		5年	5年半	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標		再発有無のチェックが出来る											
検査・診断・治療 ・骨シンチ		□ □											
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>											
投薬 チェック 全身症状 薬物処置		□併用薬チェック											
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤胸部単純X-P ⑥頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎	→											
	3~6ヶ月毎	→											
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状等チェック		<b>患者さん</b>											
体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	
	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	
関節・骨の痛み☆	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	
その他症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-HER→CTr)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )), n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(+), Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院																																																																																								
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																																														
達成目標		化学療法の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																								
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> 化学療法 → <input checked="" type="checkbox"/> ハーセプチン →    																																																																																								
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥心臓超音波検査		1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
症状等チェック 食事* 体重 運動時の息切れ☆ その他症状		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-HER→CTr)

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院											
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標													
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>											
連携、連絡 教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →											
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	→											
検査	①採血	3~6ヶ月毎 →											
	②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 →											
	③マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	④乳腺・腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>											
	⑤頸・胸・腹部CT	<input type="checkbox"/>											
症状等チェック		<b>患者さん</b>											
食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>												
	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>												
	( )kg												
	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>												
運動時の息切れ☆	G <input type="checkbox"/>												
	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>												

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-HER→CTr)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 EOPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(+)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院																																																																																																																		
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																																																																								
達成目標		化学療法の完遂																																																																																																																		
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
連携、連絡 教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール・パス説明																																																																																																																		
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン → <input type="checkbox"/> LH-RHa -----> → → →																																																																																																																		
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィ ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥心臓超音波検査		1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
症状等チェック 食事* 体重 運動時の息切れ☆ 生理・不正出血§ その他症状		<b>患者さん</b> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>J <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																																																
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																																								
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																																								
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																																								
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																																								
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>																																																																																																								
H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>																																																																																																								
J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <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 <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"/>																																																																																																								

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする §H:生理もなく不正出血もない I:生理は無いが不正出血がある J:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-HER→CTr)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 EOPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院											
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標													
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>											
連携、連絡教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →											
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック → →											
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎		<input type="checkbox"/>									
症状等チェック		<b>患者さん</b>											
食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>												
	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>												
	( )kg												
	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>											
	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>											
生理・不正出血 S	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>												
	J <input type="checkbox"/>												
その他症状	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>												

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする S H:生理もなく不正出血もない I:生理は無いが不正出血がある J:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> LH-RHa <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
生理・不正出血☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																																					
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																											
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																											
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																																					
検査・診断・治療	骨シンチ	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																																					
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE  _____ _____ _____ _____																																																																																																					
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎 _____ 3~6ヶ月毎 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																					
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況*  体重  生理・不正出血☆  その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>A<input type="checkbox"/> B<input type="checkbox"/></td><td>A<input type="checkbox"/> B<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>C<input type="checkbox"/> D<input type="checkbox"/></td><td>C<input type="checkbox"/> D<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td><td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>E<input type="checkbox"/> F<input type="checkbox"/></td><td>E<input type="checkbox"/> F<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>G<input type="checkbox"/></td><td>G<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/></td><td>あり<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>なし<input type="checkbox"/></td><td>なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																												
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																											
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																											
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																											
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																											
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>																																																																																											
なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																											

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CTrET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、(g f s p)、v( )、lv( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+), Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院																																																														
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																				
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂																																																														
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																														
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール・パス説明																																																														
治療	チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM →																																																														
	投薬	→ → →																																																														
	全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	→ → →																																																														
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥心臓超音波検査	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																														
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>ホルモン剤の服用状況*</td> <td></td><td></td><td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>生理・不正出血☆</td> <td></td><td></td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他症状</td> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											ホルモン剤の服用状況*			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	体重	( )kg	生理・不正出血☆			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	その他症状	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																						
ホルモン剤の服用状況*			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																				
体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																				
生理・不正出血☆			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>																																																				
その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																				

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CTrET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																																					
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																											
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																											
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																																					
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
連携、連絡教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																																					
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE																																																																																																					
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																					
症状等チェック	ホルモン剤の服用状況* 体重 生理・不正出血☆ その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>A<input type="checkbox"/> B<input type="checkbox"/></td><td>A<input type="checkbox"/> B<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>C<input type="checkbox"/> D<input type="checkbox"/></td><td>C<input type="checkbox"/> D<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td><td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>E<input type="checkbox"/> F<input type="checkbox"/></td><td>E<input type="checkbox"/> F<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>G<input type="checkbox"/></td><td>G<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/></td><td>あり<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>なし<input type="checkbox"/></td><td>なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																												
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																											
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																											
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																											
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																											
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>																																																																																											
なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																											

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM →										
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィ ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査		1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										

		患者さん											
症状等チェック	ホルモン剤の服用状況*			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	関節・骨の痛み☆			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																																					
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																											
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																											
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																																					
検査・診断・治療	骨シンチ	<input type="checkbox"/>																																																																																																					
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																																					
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM																																																																																																					
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td><td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td><td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td><td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td><td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>G <input type="checkbox"/></td><td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/></td><td>あり<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>なし<input type="checkbox"/></td><td>なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																												
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																											
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																											
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																											
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																											
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>																																																																																											
なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																											

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CTrET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、(g f s p)、v( )、lv( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+), Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療	放射線治療 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール・パス説明										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査 ⑦心臓超音波検査	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲めている B:90%以上飲めている C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CTrET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*				A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆				E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (TN→CT)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( ))

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、(g f s p)、v( )、ly( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(-)、Ki-67( )%、n( )個

		済生会横浜市東部病院																																																																																								
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																																														
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																														
達成目標		化学療法:( )療法の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)																																																																																								
		<input type="checkbox"/>																																																																																								
		<input type="checkbox"/>																																																																																								
		<input type="checkbox"/>																																																																																								
		<input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																								
治療	チェック 処方 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 →																																																																																								
		→																																																																																								
		→																																																																																								
		→																																																																																								
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィ ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~2週毎	1~3ヶ月毎	1~3ヶ月毎	3~6ヶ月毎																																																																																					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
症状等チェック	食事* 体重 便秘☆ その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:便秘である F:便秘はよい G:下痢をしている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (TN→CT)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標												
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
治療	チェック 処方 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック    										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p>										
	食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	便秘☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:便秘である F:便秘はよい G:下痢をしている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( ))、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法:注射剤( )年間、経口剤( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align:center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
経口ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
更年期症状☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
達成目標		ホルモン療法:経口剤( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																								
投薬 チェック 処方 全身症状 更年期症状 薬物処置		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE																																																																																								
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT		3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
症状等チェック 経口ホルモン剤の 服用状況* 体重 更年期症状☆ その他症状		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→ET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → _____ → _____ → _____ → _____ →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	1~3ヶ月毎 _____ 3~6ヶ月毎 _____ 1~3ヶ月毎 _____ 3~6ヶ月毎 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→ET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院											
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂											
検査・診断・治療													
	・骨シンチ												
		連携医療機関(1)											
連携、連絡 教育・指導		→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →											
投薬	チェック 処方 全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM											
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
		患者さん											
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	関節・骨の痛み☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-A→ET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法:注射剤( )年間、経口剤( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM → _____ _____										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~3ヶ月毎 _____ → 3~6ヶ月毎 _____ 1~3ヶ月毎 _____ → 3~6ヶ月毎 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
経口ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
更年期症状☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-A→ET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
達成目標		ホルモン療法:経口剤( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																								
投薬 チェック 処方 全身症状 更年期症状 薬物処置		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック  <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE																																																																																								
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT		3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎																																																																																								
症状等チェック 経口ホルモン剤の 服用状況* 体重 更年期症状☆ その他症状		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-A→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療・放射線治療・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡教育・指導		<b>連携医療機関(1)</b> → 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → _____ → _____ → _____ →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	1~3ヶ月毎 _____ 3~6ヶ月毎 _____ 1~3ヶ月毎 _____ 3~6ヶ月毎 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-A→ET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年	5年半	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																														
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療																																																																																										
	・骨シンチ																																																																																									
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(1)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																								
投薬	チェック 処方 全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM																																																																																								
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎																																																																																								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-HER→CTr)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(+), Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
検査・診断・治療・放射線治療		化学療法の完遂										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤心臓超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
食事*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
運動時の息切れ☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\*A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-HER→CTr)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標												
検査・診断・治療												
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>										
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>										
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>										
④骨シンチ						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		連携医療機関(2)										
		→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック    										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック		患者さん										
食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>											
	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>											
	( )kg											
	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>											
運動時の息切れ☆	G <input type="checkbox"/>											
	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>											

\*A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-HER→CTr)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(+)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		化学療法の完遂										
検査・診断・治療・放射線治療 ①マンモグラフィー ②乳腺・腹部超音波検査 ③頸・胸・腹部CT ④骨シンチ ⑤心臓超音波検査		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
	①マンモグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②乳腺・腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③頸・胸・腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④骨シンチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤心臓超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <p><input type="checkbox"/>治療スケジュール・パス説明</p>										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン → <input type="checkbox"/> LH-RHa →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック	食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	運動時の息切れ☆	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
		H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
生理・不正出血 §	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする § H:生理もなく不正出血もない I:生理は無いが不正出血がある J:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-HER→CTr)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標												
検査・診断・治療												
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨シンチ						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<b>連携医療機関(2)</b>										
		→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →										
治療		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック  チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置										
検査		①採血 ②腫瘍マーカー 3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
食事*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
運動時の息切れ☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
生理・不正出血§		H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>
		J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする § H:生理もなく不正出血もない I:生理は無いが不正出血がある J:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )),n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm,( g f s p ),v( ),ly( ),NG( ),ER:+( )%,PgR:+( )%,HER2(+・-),Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院																																																														
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																				
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂																																																														
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)																																																														
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
④骨シンチ			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																				
連携、連絡教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																														
治療		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM →																																																														
検査		<input type="checkbox"/> 採血 1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →																																																														
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>ホルモン剤の服用状況*</td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>生理・不正出血☆</td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他症状</td> <td>あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											ホルモン剤の服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	体重	( )kg	生理・不正出血☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	その他症状	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																												
ホルモン剤の服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																				
体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																				
生理・不正出血☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																				
その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																				

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																														
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																				
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																				
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																														
検査・診断・治療																																																																
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
④骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																					
連携、連絡 教育・指導		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">連携医療機関(2)</div> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																														
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック  <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE ----->																																																														
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 -----> 3~6ヶ月毎 ----->																																																														
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況*  体重  生理・不正出血☆  その他症状	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">患者さん</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																								
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																				
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																				
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <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 <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"/>																																																				

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 生理もなく不正出血もない F: 生理は無いが不正出血がある G: 普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CTrET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(+), Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院																																																														
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																				
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																				
検査・診断・治療・放射線治療		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂																																																														
		□無 □有(25回~30回通院)																																																														
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
④骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
⑤心臓超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																				
連携、連絡教育・指導		<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">連携医療機関(2)</div> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡</p> <p>□治療スケジュール・パス説明</p>																																																														
治療		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>チェック</p> <p>投薬</p> <p>全身症状</p> <p>消化器症状</p> <p>血液毒性対応</p> <p>更年期症状</p> <p>骨の健康チェック</p> <p>薬物処置</p> </div> <div style="width: 85%;"> <p>□併用薬チェック</p> <p><input type="checkbox"/>化学療法</p> <p><input type="checkbox"/>ハーセプチン</p> <p><input type="checkbox"/>LH-RHa</p> <p><input type="checkbox"/>TAM</p> </div> </div>																																																														
検査		<p>①採血 1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎</p> <p>②腫瘍マーカー 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎</p>																																																														
症状等チェック		<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">患者さん</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ホルモン剤の服用状況*</td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>生理・不正出血☆</td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他症状</td> <td>あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											ホルモン剤の服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	体重	( )kg	生理・不正出血☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	その他症状	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																												
ホルモン剤の服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																				
体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																				
生理・不正出血☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																				
その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																				

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CTrET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療												
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨シンチ			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
連携、連絡教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
治療	チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック										
	投薬	<input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE ----->										
	全身症状	----->										
	消化器症状	----->										
	血液毒性対応	----->										
	更年期症状	----->										
	骨の健康チェック	----->										
	薬物処置	----->										
検査	①採血	3~6ヶ月毎 ----->										
	②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 ----->										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
生理・不正出血☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡教育・指導		<b>連携医療機関(2)</b> <input type="checkbox"/> 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM										
検査		<input type="checkbox"/> ①採血 → 1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> ②腫瘍マーカー → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																																					
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																											
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																											
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																																					
検査・診断・治療																																																																																																							
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
⑤骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																																					
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM																																																																																																					
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎																																																																																																					
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </thead> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																												
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																											
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																											
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																											
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																											
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>																																																																																											
なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																											

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CTrET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(+ )、Ki-67( )%

	済生会横浜市東部病院										
	退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

達成目標 化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂

検査・診断・治療・放射線治療 ①マンモグラフィー ②乳腺・腹部超音波検査 ③頸・胸・腹部CT ④骨密度検査 ⑤骨シンチ ⑥心臓超音波検査	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (25回~30回通院)										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 連携医療機関(2)

→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →  
治療スケジュール・パス説明

治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック										
	<input type="checkbox"/> 化学療法	→									
	<input type="checkbox"/> ハーセプチン	→	<input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM	→	<input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM	→					
		→									

検査 ①採血 ②腫瘍マーカー	1~2週毎	→	1~3ヶ月毎	→	3~6ヶ月毎	→					
	1~3ヶ月毎	→		→	3~6ヶ月毎	→					

## 患者さん

症状等チェック ホルモン剤の服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CTrET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年目	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																														
達成目標	ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																									
検査・診断・治療																																																																																										
①マンモグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
②乳腺・腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
③頸・胸・腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
⑤骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																															
連携、連絡 教育・指導	<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																									
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM																																																																																								
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎																																																																																								
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況*  体重  関節・骨の痛み☆  その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>			あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																														
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																														

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (TN→CT)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( ))

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、(g f s p)、v( )、lv( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(-)、Ki-67( )%、n( )個

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法:( )療法の完遂										
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<b>連携医療機関(2)</b> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> 化学療法 → 全身症状 → 消化器症状 → 血液毒性対応 → 薬物処置 →										
検査 ①採血		1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
②腫瘍マーカー		1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
食事*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
便秘☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:便秘である F:便秘はよい G:下痢をしている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (TN→CT)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																																					
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																											
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																											
達成目標																																																																																																							
検査・診断・治療・放射線治療																																																																																																							
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
④骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																												
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																																					
治療		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置																																																																																																					
検査		①採血 3~6ヶ月毎 → ②腫瘍マーカー 3~6ヶ月毎 →																																																																																																					
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																				
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																											
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																											
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																											
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																											
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>																																																																																											
なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																											

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:便秘である F:便通はよい G:下痢をしている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法:注射剤( )年間、経口剤( )年間の完遂										
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> LH-RHa -----> <input type="checkbox"/> TAM ----->										
検査 ①採血		1~3ヶ月毎 -----> 3~6ヶ月毎 -----> 1~3ヶ月毎 -----> 3~6ヶ月毎 ----->										
検査 ②腫瘍マーカー												
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p>										
経口ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
更年期症状☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	3年半後	9年後	9年半後	10年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
検査・診断・治療		ホルモン療法:経口剤( )年間の完遂										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
連携、連絡 教育・指導		連携医療機関(2) → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →										
投薬		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE										
検査 ①採血		3~6ヶ月毎 →										
②腫瘍マーカー		3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック		患者さん										
経口ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
更年期症状☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
連携、連絡教育・指導		<b>連携医療機関(2)</b> → 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → _____ → _____ → _____ → _____ →										
検査 ①採血		1~3ヶ月毎 _____ >					3~6ヶ月毎 _____ >					
②腫瘍マーカー		1~3ヶ月毎 _____ >					3~6ヶ月毎 _____ >					
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/>
		なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																																					
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																											
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																																											
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																																					
検査・診断・治療																																																																																																							
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																											
⑤骨シンチ			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																																											
連携、連絡 教育・指導	チェック	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">連携医療機関(2)</div> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																																					
投薬	処方	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM																																																																																																					
	全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<p>_____→</p> <p>_____→</p> <p>_____→</p> <p>_____→</p>																																																																																																					
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	<p>3~6ヶ月毎 _____→</p> <p>3~6ヶ月毎 _____→</p>																																																																																																					
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">患者さん</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																				
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																											
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																											
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																											
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																											
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/>																																																																																											
なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																											

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-A→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院																																																																																								
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																																														
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																														
達成目標		ホルモン療法:注射剤( )年間、経口剤( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)																																																																																								
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
④骨シンチ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療施設(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																								
投薬		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM																																																																																								
検査 ①採血		1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →																																																																																								
検査 ②腫瘍マーカー																																																																																										
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-A→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/																																																																														
達成目標		ホルモン療法:経口剤( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療																																																																																										
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
④骨シンチ			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																																																																														
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療施設(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																								
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック  <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE																																																																																								
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎																																																																																								
症状等チェック	経口ホルモン剤の 服用状況*  体重 更年期症状☆  その他症状	<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																								
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-A→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院																		
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後								
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/								
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																		
検査・診断・治療・放射線治療		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)																		
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
⑤骨シンチ			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>									
連携、連絡教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療施設(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																		
投薬		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM →																		
検査		<input type="checkbox"/> 全身症状 <input type="checkbox"/> 更年期症状 <input type="checkbox"/> 骨の健康チェック <input type="checkbox"/> 薬物処置																		
①採血		1~3ヶ月毎					3~6ヶ月毎													
②腫瘍マーカー		1~3ヶ月毎					3~6ヶ月毎													
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ホルモン剤の服用状況*</th> <th>体重</th> <th>関節・骨の痛み☆</th> <th>その他症状</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> <td>( )kg</td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/></td> <td>あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>											ホルモン剤の服用状況*	体重	関節・骨の痛み☆	その他症状	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>
ホルモン剤の服用状況*	体重	関節・骨の痛み☆	その他症状																	
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																	

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-A→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療												
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④骨密度検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤骨シンチ			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導	チェック	<b>連携医療施設(2)</b>										
	処方	→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →										
投薬	全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状	<b>患者さん</b>										
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス ( No Adjuvant )

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: (電話: )

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		再発有無のチェックが出来る										
検査・診断・治療・放射線治療 ①マンモグラフィー ②乳腺・腹部超音波検査 ③胸部単純X-P ④頸・胸・腹部CT ⑤骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック 全身症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 →										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	手術側乳房・脇の 下の症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
	反対側乳房・脇の 下の症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
	その他症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス（No Adjuvant）

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科（電話：045-576-3000）

手術日：平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名：（電話：）

保険薬局名：（電話：）

		済生会横浜市東部病院										
		5年	5年半	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		再発有無のチェックが出来る										
検査・診断・治療												
①マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②乳腺・腹部超音波検査		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③胸部単純X-P		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④頸・胸・腹部CT			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
⑤骨シンチ						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>連携医療機関(2)</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
投薬	チェック 全身症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <p>→ → → → → → → → → → → →</p>										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー	3～6ヶ月毎 → → → → → → → → → → → → 3～6ヶ月毎 → → → → → → → → → → → →										
症状等チェック		患者さん										
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
関節・骨の痛み☆		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
その他症状		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□

パス逸脱日： 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-HER→CTr)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(+), Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン →										
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥心臓超音波検査		1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
食事*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
運動時の息切れ☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-HER→CTr)

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標												
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">済生会神奈川県病院</div> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	→										
検査	①採血	3~6ヶ月毎 →										
	②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 →										
	③マンモグラフィー		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	④乳腺・腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤頸・胸・腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状等チェック		患者さん										
食事*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	運動時の息切れ☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-HER→CTr)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(+)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院																																																																																																																		
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																																																																								
達成目標		化学療法の完遂																																																																																																																		
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール・パス説明																																																																																																																		
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン → <input type="checkbox"/> LH-RHa → → → →																																																																																																																		
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥心臓超音波検査	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																		
症状等チェック		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>食事*</td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>運動時の息切れ☆</td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>生理・不正出血§</td> <td>H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>J <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>その他症状</td> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	体重	( )kg	運動時の息切れ☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>	生理・不正出血§	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>		J <input type="checkbox"/>	その他症状	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																																								
食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																																																								
体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																																								
運動時の息切れ☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>																																																																																																								
生理・不正出血§	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/>																																																																																																								
	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>																																																																																																								
その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																																																								

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:全く症状がない F:階段を昇る時に息切れがする G:平地を歩いても息切れがする § H:生理もなく不正出血もない I:生理は無いが不正出血がある J:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日





# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>濟生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> LH-RHa <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
生理・不正出血☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																								
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE -----> -----> -----> -----> ----->																																																																																								
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT		3~6ヶ月毎 -----> 3~6ヶ月毎 -----> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
症状等チェック ホルモン剤の 服用状況* 体重 生理・不正出血☆ その他症状		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td><td></td><td>A<input type="checkbox"/> B<input type="checkbox"/></td><td>A<input type="checkbox"/> B<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>C<input type="checkbox"/> D<input type="checkbox"/></td><td>C<input type="checkbox"/> D<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td><td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>E<input type="checkbox"/> F<input type="checkbox"/></td><td>E<input type="checkbox"/> F<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>G<input type="checkbox"/></td><td>G<input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td><td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CTrET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、lv( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(+ )、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6か月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール・パス説明										
治療	チェック  投薬  全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ハーセプチン → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥心臓超音波検査	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
生理・不正出血☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→CTrET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		済生会神奈川県病院										
連携、連絡 教育・指導		→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE -----> _____> _____> _____> _____>										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎 _____> 3~6ヶ月毎 _____> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		患者さん										
症状等チェック	ホルモン剤の 服用状況* 体重 生理・不正出血☆ その他症状			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	生理・不正出血☆			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:生理もなく不正出血もない F:生理は無いが不正出血がある G:普通に生理がある

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

	<b>済生会横浜市東部病院</b>										
	退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

達成目標 化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂

検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ 無 有(25回~30回通院)

## 済生会神奈川県病院

連携、連絡 教育・指導 → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡  
治療スケジュール説明  
患者様用パス説明

治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置  
併用薬チェック  
化学療法 → ANA EXE TAM → ANA EXE TAM

検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	1~2週毎	1~3ヶ月毎	1~3ヶ月毎	3~6ヶ月毎	3~6ヶ月毎							
	<input type="checkbox"/>											

## 患者さん

症状等チェック ホルモン剤の服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状			A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療	骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>濟生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療	チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
	ホルモン剤の 服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	関節・骨の痛み☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A: 100%飲んでいる B: 90%以上飲んでいる C: しばしば飲み忘れる D: 全く飲んでいない ☆E: 全く症状がない F: 朝方にだけ痛みがある G: 一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CTrET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+ )、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院																																																																																								
		退院	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後																																																																														
達成目標		化学療法ならびにホルモン療法( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <p><input type="checkbox"/>治療スケジュール・パス説明</p>																																																																																								
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ハーセプチン →																																																																																								
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査 ⑦心臓超音波検査		1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
症状等チェック ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td><td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td><td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td><td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td><td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td>G <input type="checkbox"/></td><td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td><td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→CTrET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院																																																																																								
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																														
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂																																																																																								
検査・診断・治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;">濟生会神奈川県病院</p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>																																																																																								
治療 チェック 投薬 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM																																																																																								
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィ ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査		3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																								
症状等チェック ホルモン剤の 服用状況* 体重 関節・骨の痛み☆ その他症状		<p style="text-align: center;">患者さん</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>G <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/> なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>													A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>			C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	( )kg			E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/>	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>																																																																
		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>																																																																														
		C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>																																																																														
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																														
		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>																																																																														
		G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	G <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 <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"/>																																																																														

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (TN→CT)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( ))

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、(g f s p)、v( )、ly( )、NG( )、ER(-)、PgR(-)、HER2(-)、Ki-67( )%、n( )個

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		化学療法:( )療法の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
治療	チェック 処方 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> 化学療法 →   										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィ ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~2週毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
食事*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
便秘☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:便秘である F:便秘はよい G:下痢をしている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (TN→CT)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標												
検査・診断・治療	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">濟生会神奈川県病院</div> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
治療	チェック 処方 全身症状 消化器症状 血液毒性対応 薬物処置	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック    										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	3~6ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;">患者さん</div>										
	食事*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	便秘☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:よく食べている B:まあまあ食べている C:あまり食べていない D:全く食べていない ☆E:便秘である F:便秘はよい G:下痢をしている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-B→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法:注射剤( )年間、経口剤( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>濟生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック 処方 全身症状 更年期症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM → → → → → → → → → → → →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
経口ホルモン剤の 服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
更年期症状☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日





# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER:+( )%、PgR:+( )%、HER2(+・-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>濟生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-B→ET)

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院										
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療												
	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>濟生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
投薬	チェック 処方 全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
	ホルモン剤の 服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	関節・骨の痛み☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-A→ET)

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法:注射剤( )年間、経口剤( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<b>済生会神奈川県病院</b> → 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 → <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> LH-RHa → <input type="checkbox"/> TAM → → → →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT	1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
経口ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
更年期症状☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経前-A→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院																																																																																																																						
		5年後	5年半後	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後																																																																																																												
達成目標		ホルモン療法:経口剤( )年間の完遂																																																																																																																						
検査・診断・治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/>																																																																																																																						
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																																																																																																																						
投薬 チェック 処方 全身症状 更年期症状 薬物処置		<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック  <input type="checkbox"/> TAM <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE																																																																																																																						
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィ ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT		3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																						
症状等チェック 経口ホルモン剤の 服用状況* 体重 更年期症状☆ その他症状		<p style="text-align: center;"><b>患者さん</b></p> <table border="1"> <tr> <td>A <input type="checkbox"/></td><td>B <input type="checkbox"/></td><td>A <input type="checkbox"/></td><td>B <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C <input type="checkbox"/></td><td>D <input type="checkbox"/></td><td>C <input type="checkbox"/></td><td>D <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>( )kg</td><td>( )kg</td> </tr> <tr> <td>E <input type="checkbox"/></td><td>F <input type="checkbox"/></td><td>E <input type="checkbox"/></td><td>F <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G <input type="checkbox"/></td><td></td><td>G <input type="checkbox"/></td><td></td> </tr> <tr> <td>あり<input type="checkbox"/></td><td>なし<input type="checkbox"/></td><td>あり<input type="checkbox"/></td><td>なし<input type="checkbox"/></td> </tr> </table>											A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	( )kg	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>		あり <input type="checkbox"/>	なし <input type="checkbox"/>																																																																																	
A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>																																																																																																							
C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>																																																																																																							
( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg																																																																																																							
E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>																																																																																																							
G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/>		G <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"/>																																																																																																							

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:我慢できる範囲で見られる G:我慢の限界を超えている

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-A→ET)

様 年齢 歳

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		濟生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<p style="text-align: center;"><b>濟生会神奈川県病院</b></p> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬	チェック  処方  全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM → <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM →										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → 1~3ヶ月毎 → 3~6ヶ月毎 → <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
症状等チェック		<b>患者さん</b>										
ホルモン剤の服用状況*		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>
体重		( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
関節・骨の痛み☆		E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
その他症状		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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス (閉経後-A→ET)

様

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		済生会横浜市東部病院										
		5年	5年半	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		ホルモン療法( )年間の完遂										
検査・診断・治療												
	・骨シンチ	<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<div style="text-align: center;"><b>済生会神奈川県病院</b></div> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p>										
投薬	チェック 処方 全身症状 更年期症状 骨の健康チェック 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> EXE <input type="checkbox"/> TAM										
検査	①採血 ②腫瘍マーカー ③マンモグラフィー ④乳腺・腹部超音波検査 ⑤頸・胸・腹部CT ⑥骨密度検査	3~6ヶ月毎 3~6ヶ月毎										
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
症状等チェック		患者さん										
	ホルモン剤の 服用状況*	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	関節・骨の痛み☆	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	その他症状	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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>

\* A:100%飲んでいる B:90%以上飲んでいる C:しばしば飲み忘れる D:全く飲んでいない ☆E:全く症状がない F:朝方にだけ痛みがある G:一日中痛む

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス ( No Adjuvant )

様 年齢 歳

済生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 済生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

病理診断: DCIS LCIS IDC(pap.-tub. soli.-tub. sci. 特殊型( )、n( )個

保険薬局名: (電話: )

t=( )cm、( g f s p )、v( )、ly( )、NG( )、ER: +( )%、PgR: +( )%、HER2(-)、Ki-67( )%

		済生会横浜市東部病院										
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		再発有無のチェックが出来る										
検査・診断・治療 ・放射線治療 ・骨シンチ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(25回~30回通院)										
		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
		<input type="checkbox"/>										
連携、連絡 教育・指導		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">済生会神奈川県病院</div> <p>→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
投薬 チェック 全身症状 薬物処置		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック										
		→										
		→										
検査	①採血	3~6ヶ月毎 →										
	②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 →										
	③マンモグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④乳腺・腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤胸部単純X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥頸・胸・腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>										
症状等チェック		患者さん										
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	手術側乳房・脇の 下の症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
	反対側乳房・脇の 下の症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□
	その他症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□

パス逸脱日: 年 月 日



# 乳がん術後長期連携パス ( No Adjuvant )

様

濟生会横浜市東部病院 乳腺外科 (電話: 045-576-3000)

手術日:平成 年 月 日 OPE(Bt BCS 皮下全摘 Ax SLNB) / RT(Br Ax Sc)

連携施設名: 濟生会神奈川県病院 外科 (電話: 045-432-1111)

保険薬局名: (電話: )

		濟生会横浜市東部病院											
		5年	5年半	6年後	6年半後	7年後	7年半後	8年後	8年半後	9年後	9年半後	10年後	
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
達成目標		再発有無のチェックが出来る											
検査・診断・治療													
	・骨シンチ											<input type="checkbox"/>	
		濟生会神奈川県病院											
連携、連絡 教育・指導		→ 再発、副作用発生等の場合、濟生会横浜市東部病院に連絡 →											
投薬	チェック	<input type="checkbox"/> 併用薬チェック											
	全身症状 薬物処置	→ → → → → → → → → → → →											
検査	①採血	3~6ヶ月毎 → → → → → → → → → → → →											
	②腫瘍マーカー	3~6ヶ月毎 → → → → → → → → → → → →											
	③マンモグラフィー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④乳腺・腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑤胸部単純X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑥頸・胸・腹部CT		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		患者さん											
症状等チェック	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	
		あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	
	関節・骨の痛み☆	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	
	その他症状	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	あり□ なし□	

パス逸脱日: 年 月 日