

連携ノート



名前

加古川中央市民病院

乳がん術後地域連携パス もくじ

地域連携パスとは

私の診療情報

手術について

決定した連携機関の一覧

乳がん治療に関する連携計画書

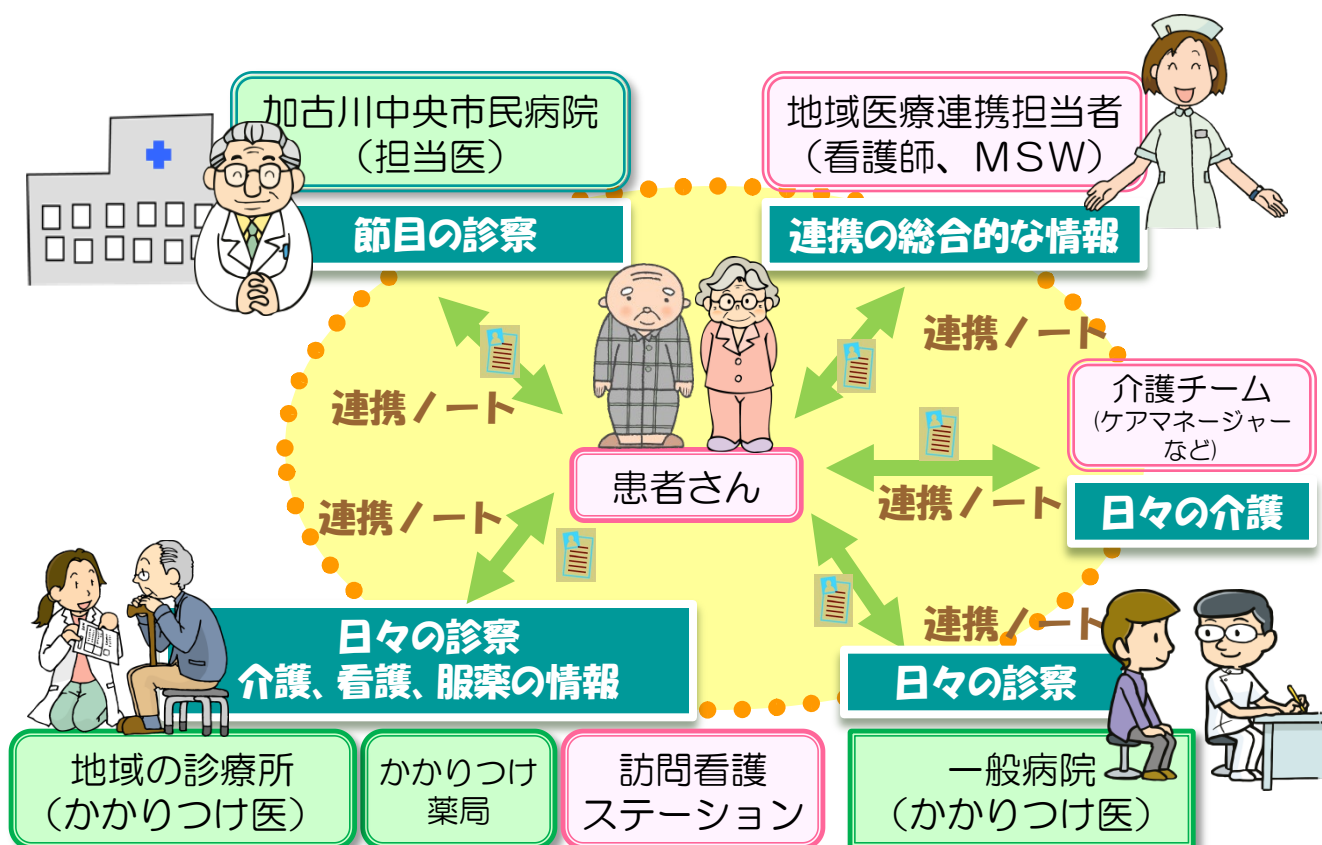
患者さん用自己チェックシート

患者さん用メモ

連携ノートの使い方

地域連携クリティカルパスとは

地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と加古川中央市民病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことで、「連携パス」を活用して、かかりつけ医と加古川中央市民病院の医師が協力してあなたの治療を行います。



この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と加古川中央市民病院が協力し、患者さんの視点に立って安心して質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。

私の診療情報

記載日 年 月 日

名前

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所

電話

緊急連絡先電話番号

血液型 型 身長 cm 体重 kg

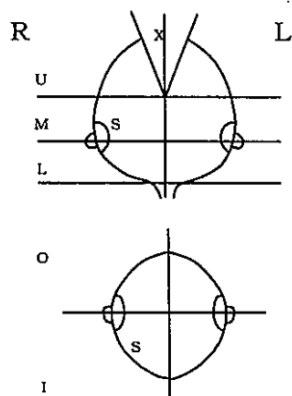
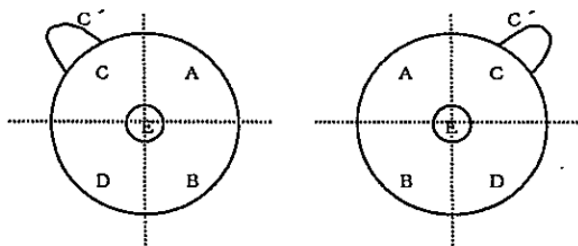
アレルギー・今までにかかった病気

- アレルギー性疾患 ()
- 心臓の病気 ()
- 腎臓の病気 ()
- 肝臓の病気 ()
- 消化器の病気 ()
- その他 ()

介護情報について

手術について

治療経過	手術日	()年()月()日	退院日	()年()月()日
	月経状況	<input type="checkbox"/> 閉経前 <input type="checkbox"/> 閉経後		
	原発部位	下図に記入		
	組織学的分類	<input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> DCIS その他()		
	TNM分類	T() N() M()		
	臨床病期	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIIC <input type="checkbox"/> IV		
	異型度	<input type="checkbox"/> Grade1 <input type="checkbox"/> Grade2 <input type="checkbox"/> Grade3		
	術式	<input type="checkbox"/> 乳房切除 <input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> その他()⇒ 同時乳房再建: 有 無		
	病理組織学的腫瘍径	(×)cm		
		(断端: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (乳管内進展: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) (脈管浸潤: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)		
	腋窩リンパ節	センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 SLN(/) <input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節郭清実施 腋窩リンパ節転移(/)		
	化学療法	<input type="checkbox"/> 術前 ⇒レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月		
		<input type="checkbox"/> 術後 ⇒レジメン() 期間: 年 月 ~ 年 月		
術後放射線療法	<input type="checkbox"/> 非実施 <input type="checkbox"/> 実施 ⇒ Gy/ 部位: 残存乳房 胸壁 期間: 年 月 ~ 年 月			
ホルモン受容体	ER	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施		
	PgR	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施		
HER2発現状況	IHC	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 未実施		
	FISH	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施		
薬剤処方 (スケジュール)	□リュープリン3.75(1M)(年 月まで)		リュープリンSR1125(3M)(年 月まで)	
	□ゾラデックス3.6(1M)(年 月まで)		投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日	
	□タモキシフェン(年 月から)		□トレミフェン(年 月から)	
	□アリミデックス(年 月から)		□アロマシン(年 月から) □フェマーブ(年 月から)	
	□ハーセプチン(年 月まで)		投与開始日 年 月 日 最終投与日 年 月 日	
□その他()				
その他 (合併症など)				



決定した連携医療機関の一覧

かかりつけ医

ゆあさ乳腺クリニック

(電話 079-456-3722)

調剤薬局

(電話 — —)

訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等

(電話 — —)

連携病院

(電話 — —)

婦人科検診医

(電話 — —)

骨密度検査実施医療機関

(電話 — —)

加古川中央市民病院

担当医 (佐古田 洋子)

(電話： 079-541-5500 (代) 地域連携室)

乳がん治療に関する連携計画書(1・2年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
		手術から	年		
			3カ月後	6カ月後	9カ月後
不要な部分は斜線		年	年	年	
		月 日	月 日	月 日	
診察	問診		●	●	●
	視触診	手術日	●	●	●
	患側上肢の観察	()年	●	●	●
検査	マンモグラフィ	()月			
	乳腺エコー	()日			
	腹部エコー				
	胸部X線	退院日			
	CT	()年			
	骨シンチ	()月			
	腫瘍マーカー	()日			
	血液検査				
注射	卵巣機能抑制剤 <input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤 <input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤	連携パス			
		の説明日			
		()年			
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤 ノルバデックス、フェアストン	()月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤 アリミデックス、フェマラ、アロマシン	()日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※				
	婦人科検診(近隣へ)				
	骨密度の検査				

※ハーセプチンを投与中の患者さんは3ヶ月毎に心エコーを実施いたします

●必ず実施します □必要に応じて実施します

加古川中央市民病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院
年	年			
12ヶ月後	3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
年	年	年	年	年
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●				●
●				●
□				□
□				□
□				□
□				□
□				□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□				□
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

乳がん治療に関する連携計画書(3・4年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
		手術から	年		
			3カ月後	6カ月後	9カ月後
不要な部分は斜線		年	年	年	
		月 日	月 日	月 日	
診察	問診		●	●	●
	視触診	手術日	●	●	●
	患側上肢の観察	()年	●	●	●
検査	マンモグラフィ	()月			
	乳腺エコー	()日			
	腹部エコー				
	胸部X線	退院日			
	CT	()年			
	骨シンチ	()月			
	腫瘍マーカー	()日			
	血液検査				
注射	卵巣機能抑制剤	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤	連携パス		
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	の説明日		
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤	()年		
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤 ノルバデックス、フェアストン		()月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤 アリミデックス、フェマラ、アロマシン		()日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※				
	婦人科検診(近隣へ)				
	骨密度の検査				

※ハーセプチンを投与中の患者さんは3ヶ月毎に心エコーを実施いたします

●必ず実施します □必要に応じて実施します

加古川中央市民病院	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	加古川中央市民病院
年	年			
12ヶ月後	3ヵ月後	6ヵ月後	9ヵ月後	12ヵ月後
年	年	年	年	年
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●	●	●	●	●
●				●
●				●
□				□
□				□
□				□
□				□
□				□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□	□	□	□	□
□				□
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要
□ 要 □ 不要				□ 要 □ 不要

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

乳がん治療に関する連携計画書(5年め)

		施設	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	
		手術から	年			
			3カ月後	6カ月後	9カ月後	
不要な部分は斜線		年	年	年		
		月 日	月 日	月 日		
診察	問診		●	●	●	
	視触診	手術日	●	●	●	
	患側上肢の観察	()年	●	●	●	
検査	マンモグラフィ	()月				
	乳腺エコー	()日				
	腹部エコー					
	胸部X線	退院日				
	CT	()年				
	骨シンチ	()月				
	腫瘍マーカー	()日				
	血液検査					
注射	卵巣機能抑制剤	<input type="checkbox"/> 1ヶ月製剤	連携パス			
		<input type="checkbox"/> 3ヶ月製剤	の説明日			
		<input type="checkbox"/> 6ヶ月製剤	()年			
処方	<input type="checkbox"/> 抗エストロゲン剤 ノルバデックス、フェアストン		()月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> アロマターゼ阻害剤 アリミデックス、フェマール、アロマシン		()日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> ハーセプチン ※					
	婦人科検診(近隣へ)					
	骨密度の検査					

※ハーセプチンを投与中の患者さんは3ヶ月毎に心エコーを実施いたします

●必ず実施します □必要に応じて実施します

術後連携パス自己チェックシート

自己チェック項目					
		/	/	/	/
症状（異常）の有無(1) ※何らかの症状がある場合は下記項目に ○または△印をつけてください		有・無	有・無	有・無	有・無
副作用	関節の痛みがある				
	不正出血がある				
	おりものが増え、かゆみがある				
	ほてり、発汗がある				
	発疹があり、かゆみがある				
	吐き気・嘔吐がある				
	食欲不振				
	体重増加がある				
自己検診	患者の腕にむくみがある				
	腕があがらないことがある				
	腕をあげると痛みがある				
	手術の傷の周囲に赤み、熱感がある				
	乳房にしこりがある				
	乳房の痛みがある				
	脇の下に固いものがふれる				
症状など (2)	上記以外の痛み				
	不眠				
	不安				
	気持ちのつらさ				
その他					

記入方法 (1) 症状（異常）「有」と答えられた方は、該当する症状についてお答えください。

○→常に感じる △→ときどき感じる

							術後 ヶ月目
/	/	/	/	/	/	/	/
有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

(2) 症状など 下記の症状がある場合に記載してください。
 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
 3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師のコメント

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師のコメント

患者さん用メモ

年月日	連絡事項等あればご記入ください	医師・看護師の コメント

連携ノートの使い方

- 連携ノートには、以下の内容が綴られています。

1. 私の診療情報
2. 決定した連携医療機関の一覧と連絡先
3. 地域連携計画書（患者さん用連携パス）
 - ・ 5年～10年先までの診療の計画をたてたものです。
 - ・ 「いつ・どこを受診するのか」といった予定が一目でわかるほか、検査結果なども記入できるようになっています。
4. 自己チェックシート（任意）
 - ・ 患者さんの手術後の体の状態をチェックする用紙です。
5. おくすり手帳（任意）

- 患者さんの状態や思いは「連携ノート」を通して情報交換を行います。
- 連携ノートは、患者さんと医療機関が連携して患者さん中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。
- 患者さんの個人情報が含まれますので、患者さんご自身でしっかりと管理していただく必要があります。

連携の総合
的な情報

看護、介護、
服薬の情報



日々の診察

節目の診察

* 医療機関を受診される際には
忘れずお持ちください

ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医（連携医）にご相談ください。かかりつけ医（連携医）から当院への円滑な受診が可能になっております。

かかりつけ医（連携医） ゆあさ乳腺クリニック
TEL：079-456-3722

連携病院

TEL：
加古川中央市民病院
TEL：079-451-5500（代）
平日（8:30-17:00）：地域連携室