

茨城県診療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail:soudansien@chubyoin.pref.ibaraki.jp

FAX:0296-78-5421

郵送:〒309-1793

茨城県笠間市鯉淵6528

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

都道府県がん診療連携拠点病院

相談支援センター内

茨城県がん診療連携協議会

相談支援部会事務局



連携手帳とは

乳がんの手術・治療を受けられた方は、手術後 10 年間にわたり定期検査を受けることが望めます。この冊子の 7～14 ページに定期検査の予定・記録をまとめてあります。

乳がん治療後は、そう高い可能性があるとはいえものの、再発ならびに対側乳房への新規乳がんの発生などを定期的にみる必要があります。

初期治療が終了した時点で、かかりつけの病院・医院（かかりつけ医療機関）で定期的に検査を行ってもらい、処方や体調の変化などをみてもらいます。

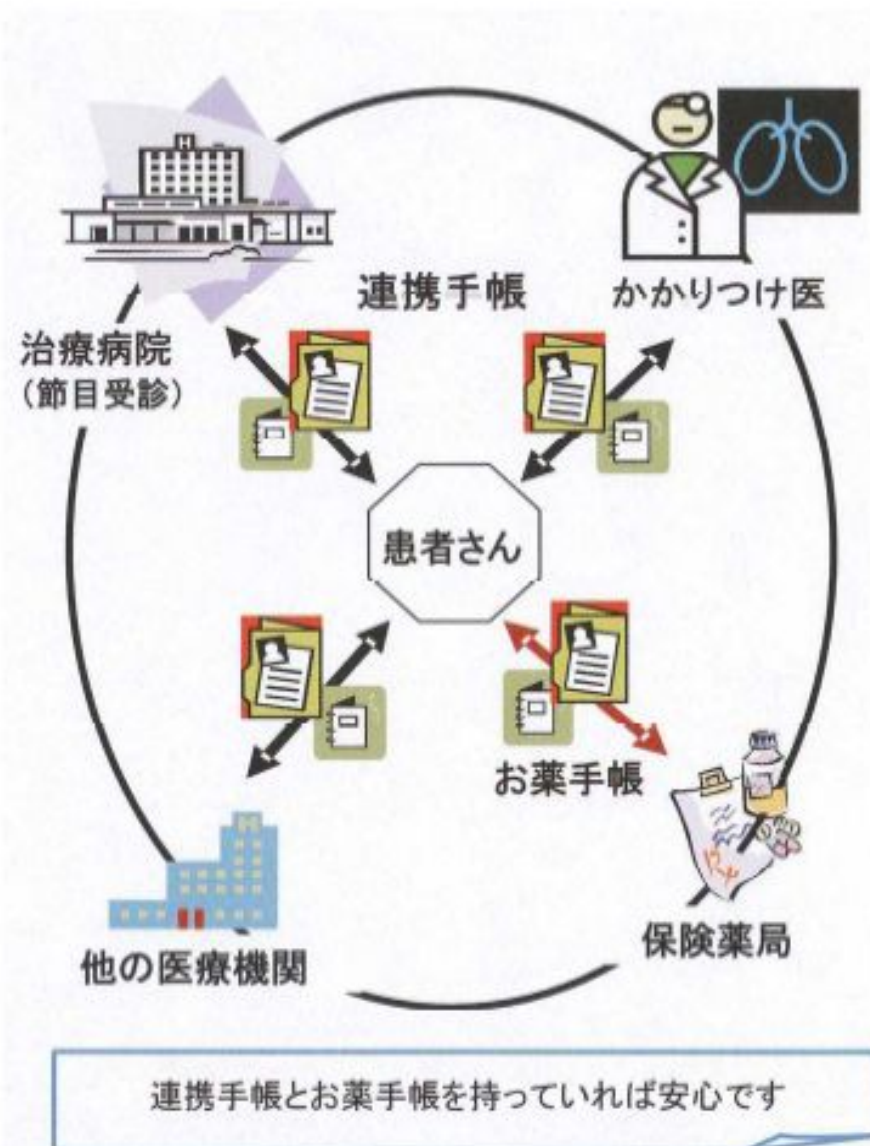
原則的に 1 年に 1 回は手術をうけた病院（手術病院）を受診し、それ以外の時はかかりつけの医療機関を受診してください。

かかりつけの医療機関での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合は、その時点で手術病院を受診して頂くことになります。

また乳がん以外に、自治体で行われる検診・健康診断などは必ずお受けください。

茨城県がん診療連携協議会

連携手帳を用いた診療の流れ



お 名 前

生 年 月 日 明・大
昭・平 年 月 日

身 長 cm 体 重 kg

かかりつけ医療機関

施設名（スタンプ可）

ID

担当医

連携開始日 平成

手術を受けた病院

施設名（スタンプ可）

ID

担当医

治療開始日 平成

かかりつけ薬局

（スタンプ可）

—— 既往歴および現在治療中の病気 ——

—— アレルギー（薬、食べ物等） ——

—— 内服薬 ——

（シール貼り付け可。お薬手帳があれば記入はいりません。）

お 名 前

生 年 月 日 明・大
昭・平 年 月 日

身 長 cm 体 重 kg

かかりつけ医療機関

施設名（スタンプ可）

ID

担当医

連携開始日 平成

手術を受けた病院

施設名（スタンプ可）

ID

担当医

治療開始日 平成

かかりつけ薬局

（スタンプ可）

—— 既往歴および現在治療中の病気 ——

—— アレルギー（薬、食べ物等） ——

—— 内服薬 ——

（シール貼り付けも可。お薬手帳があれば記入はいりません。）

手術記録

閉経状況

(前 ・ 後 ・ 不明)

病 期

T _____ N _____ M _____

Stage _____

手術日

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

手術術式

病 理

組織型 _____

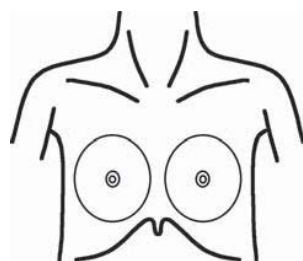
pT _____ cm

n _____ / _____

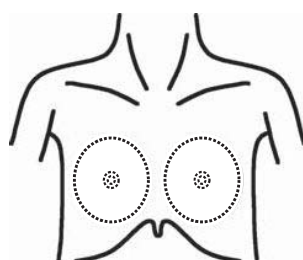
ER _____ PgR _____ HER2 _____

ly _____ NG _____

断端 (陰性・陽性)



<術前所見>



<術後所見>

備 考

放射線療法

部位

総線量・回数

期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備考

化学療法

内容 (レジメン名・薬剤名・投与量 (／m²)・回数)

期間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備考

内分泌治療

内容

投与開始日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

予定期間

備考

その他特記事項 (退院時)

クレアチニン値 _____ mg/dl

診療メモ

○ 必須
○ 任意

	3 か月	6 か月	9 か月	1 年 (手術病院にて)	1 年 3 か月	1 年 6 か月	1 年 9 か月	2 年 (手術病院にて)
受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	○	○	○	○	○	○	○	○
乳房 US / MMG				○				○
・ MMG (US代用可)				○				○
・ US		○		○		○		○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部レントゲン		○		○		○		○
婦人科 (TAM 内服中のみ)				○				○
骨密度 (AI 内服中のみ)		○		○		○		○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH 注射施行日								

コメント

〔連携元：手術病院
連携先：かかりつけ医療機関〕

サイン

1 年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

2 年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

診療メモ

○ 必須
○ 任意

2年3か月

2年6か月

2年9か月

3年

3年3か月

3年6か月

3年9か月

4年

(手術病院にて)

(手術病院にて)

受診年月日

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

/ /

診察

乳房 US / MMG

・ MMG (US代用可)

・ US

採血

胸部レントゲン

婦人科 (TAM 内服中のみ)

骨密度 (AI 内服中のみ)

内服確認 (ホルモン剤)

LH-RH 注射施行日

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

☐ 連携元 ☐ 連携先
☐ その他

コメント

〔連携元：手術病院
連携先：かかりつけ医療機関〕

サイン

3年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

4年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

診療メモ

○ 必須
○ 任意

	4 年 3 か月	4 年 6 か月	4 年 9 か月	5 年 (手術病院にて)	5 年 6 か月	6 年 (手術病院にて)	6 年 6 か月	7 年 (手術病院にて)
受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	○	○	○	○	○	○	○	○
乳房 US / MMG								
・ MMG (US代用可)				○				○
・ US		○		○		○		○
採血	○	○	○	○	○	○	○	○
胸部レントゲン		○		○		○		○
婦人科 (TAM 内服中のみ)				○				○
骨密度 (AI 内服中のみ)		○		○		○		○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH 注射施行日								

コメント

〔連携元：手術病院
連携先：かかりつけ医療機関〕

サイン

5 年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

6・7 年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

診療メモ

○ 必須
● 任意

	7 年 6 か月	8 年 (手術病院にて)	8 年 6 か月	9 年 (手術病院にて)	9 年 6 か月	10 年 (手術病院にて)
受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	○	○	○	○	○	○
乳房 US / MMG						
・ MMG (US代用可)				○		
・ US		●		●		●
採血	●	●	●	●	●	●
胸部レントゲン		●		●		●
婦人科 (TAM 内服中のみ)		○		○		○
骨密度 (AI 内服中のみ)	●	○	●	○	●	○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□
LH-RH 注射施行日						

コメント

〔連携元：手術病院
連携先：かかりつけ医療機関〕

□ 連携元 □ 連携先 □ その他 □ 連携元 □ 連携先 □ その他 □ 連携元 □ 連携先 □ その他 □ 連携元 □ 連携先 □ その他 □ 連携元 □ 連携先 □ その他

サイン

8・9年目に行ったその他検査(任意)・その他備考

CT・骨シンチグラフィ・腹部 US・その他 ()

10 年目に行ったその他検査(任意)・その他備考

CT・骨シンチグラフィ・腹部 US・その他 ()

これ以後は1年に一回
乳房の定期的検査をお受けください。

連携中の診療メモ（かかりつけ施設・手術施設 兼用）

[illegible]

この手帳の使い方について

- 1) 連携元病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分についてご記入下さい。
 - a) 5 ページ目；手術記録
 - b) 6 ページ目；各種治療歴とその他連携に当たって、かかりつけの先生に伝えておきたいこと
- 2) 患者さんは手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。
 - a) 3 ページ目；お名前など
 - b) 4 ページ目；以前や現在かかられている病気・アレルギー・内服薬など（お薬は“ お薬手帳 ”などに使うシールを使ってもかまいません。また、お薬手帳がある方は記載不要です。）
- 3) かかりつけ医ならびに連携元病院の担当医は、患者さんが受診される際に次のように記載をお願いします。
 - a) 診察した日（確認日）の日付記載ならびにサイン（又は印）
 - b) 任意検査を行った場合は、項目のところにチェック
 - c) 内服のホルモン剤の服用がある場合は、受診時にチェック
 - d) LH-RH 製剤の注射を行った場合はその日付を記載
 - e) （連携元病院の場合）1 年毎の任意検査を行った場合チェックもしくは内容記載、その結果も簡単に。（問題あり・なし程度でよいです）
 - f) 診察を行った際に、問題があること、また、かかりつけ医／専門病院に伝達が必要な項目がある場合は、“ コメント ”に記載してください。スペースが足りなければ、下の“ その他備考 ”欄もご利用ください。
 - g) かかりつけ医・連携元病院の担当医のいずれかが、連携中に継続的に注釈が必要なものについては、15 ページ目の“ 連携中の診療メモ ”にそれを記載してください。
 - h) 内分泌治療を行っている場合、終了した場合はそのところに終了日をわかりやすく備考に記載して下さい。