

乳がん地域連携パスにおける基本ルールとバリエーション

連携医保管

欄を診療所医師が行う
 が月の欄にある部分は基幹病院が行う
 異常が認められたときは、乳がん地域連携パス兼がん治療連携指導書内にバリエーションの項目を記載
 (例. 再発が疑われるが症状がない→ 「 A-1 」 など)

【医療者アウトカム】：ホルモン療法を継続できる／異常がないことを確認できる
 【患者目標】：日常生活に支障なく過ごすことができる

バリエーション(アウトカムが達成できないこと)

A. 再発が疑われるとき

A-1	症状がなく差し迫った生命の危険がないと思われるとき	→1か月を目安に基幹病院受診
A-2	症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われるとき	→至急、電話連絡または基幹病院受診

B. 患側上肢の炎症

B-1	抗生剤、消炎鎮痛剤の内服にて軽快	→経過観察（基幹病院受診必要なし）
B-2	抗生剤、消炎鎮痛剤の内服するも増悪	→基幹病院受診
B-3	38度以上の発熱が続く	→至急、電話連絡または基幹病院受診

C. 内服薬（内分泌療法剤）による副作用

C-1	肝機能異常	→2～4週間休薬後、肝機能再検し改善していれば内服再開 →改善しないときは1か月を目途に基幹病院受診
C-2	不正出血	→産婦人科受診 →異常がなければ内服継続
C-3	高脂血症・体重増加	→生活指導 →改善しないときは高脂血症薬の投薬

診療情報提供書診療計画書

作成年月日 _____

患者 ID _____

基幹病院名 : 豊川市民病院

担当医師名 _____

コピーして連携医が保管
原本はこのままパスに保管

患者氏名 _____

連携医療機関名 : _____

担当医師名 _____

手術日 _____年 _____月 _____日

手術術式 左 乳房切除術 センチネルリンパ節生検
右 乳房部分切除術 センチネルリンパ節生検→腋窩リンパ節郭清
両側 腋窩リンパ節郭清

放射線治療 あり なし
乳房 胸壁 鎖骨上リンパ節

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

再建 有 (人工物・自家組織)
無

病理組織 ①組織型 非浸潤性乳管癌 浸潤性乳管癌 その他 (_____)

抗癌剤 レジメン
 期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

②浸潤径 _____ mm

レジメン
 期間 _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日

③リンパ節 (_____ / _____)

④免疫染色結果 ER _____ PR _____ HER2 _____

予定ホルモン療法 タモキシフェン

⑤Ki-67 _____ %

アナストロゾール エキセメスタン レトロゾール

⑥切除断端 陰性 / 陽性

ゴセレリン リュープロレリン

タモキシフェン→アロマターゼ阻害剤

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

備考欄

注意事項

1. 必要がある場合は続紙に記載し添付すること
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること
3. 病理組織結果：別書式での添付可

乳がん地域連携パス 兼 がん治療連携指導書 ver2.01 1 年目

医師 患者氏名 _____
 (F A X — —) 生年月日 _____

医療機関名 豊川市民病院
 診療科及び医師名 _____
 電話番号 0533-86-1111 (代)
 F A X 番号 0533-86-1701

(✓ : 目標達成、投薬、検査施行 : 検査未施行 : 基幹病院が診療行為を行う)

項目		投薬開始	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	1年目検査	
目標	ホルモン療法を継続できる														
	異常がないことを確認できる														
患者目標	日常生活に支障なく過ごすことができる														
投薬	内服薬 ()														
	注射薬 ()														
診察	副作用確認	ほてり		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		不正出血		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		関節痛		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		その他													
	身体診察	乳房局所・創部の異常	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		鎖骨上窩リンパ節腫大	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		腋窩リンパ節腫大	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		患肢リンパ浮腫	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
必要時検査	血液検査														
	骨密度 (アロマトーゼ阻害薬内服中)														
	乳腺超音波検査														
定期検査	マンモグラフィ														
バリエーション記載 (例 : A-1、空欄など)															
確認印あるいはサイン															
その他 コメント欄 (症状・検査など)															

乳がん地域連携パス 兼 がん治療連携指導書 ver2.01

年目

医師 患者氏名
 (F A X — —) 生年月日

医療機関名 豊川市民病院
 診療科及び医師名
 電話番号 0533-86-1111 (代)
 F A X 番号 0533-86-1701

(✓ : 目標達成、投薬、検査施行 : 検査未施行 : 基幹病院が診療行為を行う)

項目		1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	年目検査	
目標	ホルモン療法を継続できる													
	異常がないことを確認できる													
患者目標	日常生活に支障なく過ごすことができる													
投薬	内服薬 ()													
	注射薬 ()													
診察	副作用確認	ほてり	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		不正出血	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		関節痛	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		その他												
	身体診察	乳房局所・創部の異常	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		鎖骨上窩リンパ節腫大	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		腋窩リンパ節腫大	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		患肢リンパ浮腫	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
必要時検査	血液検査													
	骨密度 (アロマトラーゼ阻害薬内服中)													
	乳腺超音波検査													
定期検査	マンモグラフィ													
バリエーション記載 (例: A-1、空欄など)														
確認印あるいはサイン														
その他 コメント欄 (症状・検査など)														