

# 神奈川県医療連携手帳・乳がん共同診療計画表

患者氏名 : \_\_\_\_\_ 患者ID : \_\_\_\_\_

計画策定病院 : \_\_\_\_\_ 担当医師 : \_\_\_\_\_

手術日 : 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連携医療機関 : \_\_\_\_\_ 担当医師 : \_\_\_\_\_

手術後	1年			2年			3年			4年			5年			6年			7年			8年			9年			10年	10年以降
	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	3か月	6か月	9か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	6か月	10年		
受診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/		
計画策定病院				●				●				●				●		●		●		●		●		●			
連携病院	●	●	●		●	●	●		●	●	●		●	●	●		●		●		●		●		●		●		
診察	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		
乳房MMG				◎				◎					◎				◎			◎				◎					
乳房US		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○			
採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
胸部X線		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○			
骨密度				○				○					○				○			○				○			○		
内服確認	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□		
LH-RH注射																													

これ以降は1年に1回の乳房の定期検査

※ 計画策定病院（専門病院）の担当医は連携手帳を患者さんに渡す前に、治療・検査の予定を記入してください。

◎ 必須  
○ 任意