乳力	がん	術後地域連携ハ	パス	(;	台系	奈言	十匪	書	;)																				病	理診	彡断						
患者	情報						月	€術(情報	ζ																			T	<u> </u>	1	M	r	n (/)	
東北医科	薬科大学	病							手	術日							1	年			F	1			E				p	Γ:					C	m	
^{院ID} ふり	がな					-				ī内容	₹]乳	房り	刀除]乳	房部	3分	切除	× \(\frac{1}{2}								組	L織型	₫:						
									יויו –כ	דניוני	1]そ	の化	b ()						E	R()) P	R() H	Her:	2()	
患者	氏名				様				手徘	可 部位	Ż		口右	/		左		上名			上卢	り側		下夕	側		下内	側	脈	管浸	尟潤]陰性	生口]陽	性	
性別							月	夜窩	リン	ノパ貿	作郭;	青[]あ	IJ		なし	セ	ン	チネ	ル!	ノン	パ負	5生	検	□ā	5 1)		なし	組	l織ク	デレ ・	— F		1 •	2	• 3	
生年		年	月		日				再	建術]あ	IJ	□ ½	なし	!												断	端口]陰	性 [□陽	性	Ki-	-67	9
時期								1 年	1 年	1 年 4	1 2 年 年	2 年	2 年	2 年	3 年	3 :年 年	3 3 丰 年	4 年	4 年	4 年	4 年 4	5 年 ¹	5 5 年 年	5 : 年	6 年	6 年	6 6 年 年	5 7 E 年	7 年	7 7 年 年	7 8 F 年	8 年	8 年	8 年	9 年	9 9 年 年	
		術後経過		1	2	4	6 9)	3	6	9	3	6	9		3 (6 9		3	6	9		3 6	9		3	6 9)	3	6 9	3	3	6	9		3 6	9
			30	3	か	5	か た)\	か	かっ	か	か	か	か		かぇ	かか	`	か	か	か	7	かか	、か		か	か カ	,	か	か た),	か	か	か		かか	、か
			B	か 月	月	か 月	月月	1	月	月月	月	月	月	月		月月	月月		月	月	月	,	月月	月		月	月月	3	月	月月	∄	月	月	月		月月	月
		受診予定日(年	(1)			,,,																															
		(月日	日) /	/ /	/	/	/ /	/ /	/	/	/ /	/	/	/	/	/ ,	/ /	/	/	/	/	/	/ /	/	/	/	/ /	/ /	/	/ /	/ /	/	/	/	/	/ /	'/
		下肢の腫脹・疼痛 全身倦怠感		放射																																	
診療	問診	不正出血の有無		線		\circ	0 (0	0 (0		0 () C		0	\circ	\circ		\triangle C) 🛆		\triangle	0			0	\ (\triangle		\triangle C	
		肩関節運動障害・関節痛 患肢の腫れ・局所異常の訴	ħ	治	•																																
		一般的内科的診察での異		療																																	
		視触診	113	_			\triangle	•)	\triangle	•)	\triangle	(•		Δ	•	1	\triangle	(D	\triangle	7			\triangle	•)	\triangle	•		\triangle		•	\triangle	<u> </u>
採血		血算・生化学		必			0	•)	0	•)	0	•	•	(\supset	•		0	(•	\triangle	7			\triangle	•)	\triangle	•	•	\triangle		•	\triangle	
1木皿	腫瘍	マーカー(CEA, CA19-	-9)	要			0	•)	0	•)	0			(C	•		\bigcirc			\triangle	7			\triangle	•)	\triangle	•)	\triangle			\triangle	
		乳腺超音波		時]
		マンモグラフィー		$\overline{}$)					()								(

●計画策定病院、○かかりつけ医の必須項目、▲△必要時実施、□可能であれば実施

*治療計画は患者さんの病状によって変わることがあります。

計画策划	官病院:	東北医科	薬科大学派	
説明日:	:	年	月	日

主治医:

13 13 / 2 1/ 25 1	かか	IJ	つ	け	医	:
-------------------	----	----	---	---	---	---

署名日: 年 月 日

主治医:

地域連携パスについて計画策定病院主治医よ	り説明を受け同
意します。	

同意日: 年 月 日

患者

又は家族 続柄()