

患者情報

患者ID _____
 フリガナ _____
 患者氏名 _____ 様
 性別 _____
 生年月日 _____

投薬情報

投薬内容
 アリミデックス ノルバデックス(10mg)×2
 フェマラ ノルバデックス(20mg)
 アロマシン その他 ()
 UFT

投薬予定期間 年間 上記6つのうち何れかを使用

ゾラデックス
 リュープリン

投薬予定期間 年間 上記薬剤のうち何れかを使用
 何力月製剤を使用いただいても結構です

手術情報

病名 (乳癌)
 手術日 _____年 _____月 _____日
 手術部位(右) 手術部位(左)
 手術内容 _____
 放射線治療(残存乳腺): _____
 放射線治療(胸壁・所属リンパ節): _____
 腋窩リンパ節郭清: _____
 センチネル生検: _____

病期
 T: _____
 N: _____ n(/)
 M: _____
 組織グレード: _____
 ER: _____
 PR: _____
 Her2: _____
 FISH: _____
 組織型: _____
 Ki-67: _____ %

備考

○は必須項目 △は可能であれば、あるいは必要時実施項目

			(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)	
			かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
			2~5ヵ月	6ヵ月	7~11ヵ月	1年	1年1~5ヵ月	1年6ヵ月	1年7~11ヵ月	2年	2年1~5ヵ月	2年6ヵ月	2年7~11ヵ月	3年
			月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
			日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
診察	問診	体調												
		薬の副作用	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		不正出血の有無												
		(骨粗鬆症の有無)												
		リンパ浮腫の有無												
			一般的内科的診察での異常											
			視触診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	
投薬			検査	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	
				△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	

			(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)	
			かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
			3年1~5ヵ月	3年6ヵ月	3年7~11ヵ月	4年	4年1~5ヵ月	4年6ヵ月	4年7~11ヵ月	5年	5年1~11ヵ月	6年	6年1~11ヵ月	7年
			月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
			日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
診察	問診	体調												
		薬の副作用	○	△	○	○	△	○	○	○	○	○	○	
		不正出血の有無												
		(骨粗鬆症の有無)												
		リンパ浮腫の有無												
			一般的内科的診察での異常											
			視触診	△	△	△	○	△	△	○	△	△	○	
投薬			検査	○	△	○	△	○	△	○	△	○		
				△	△	△	○	△	△	○	△	○		

			(術後)		(術後)		(術後)		【診療時特記事項と対応】
			かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	
			7年1~11ヵ月	8年	8年1~11ヵ月	9年	9年1~11ヵ月	10年	
			月	月	月	月	月	月	
			日	日	日	日	日	日	
診察	問診	体調							
		薬の副作用	○	○	○	○	○	○	
		不正出血の有無							
		(骨粗鬆症の有無)							
		リンパ浮腫の有無							
			一般的内科的診察での異常						
			視触診	△	○	△	○	△	○
投薬			検査	△	○	△	○	△	○
				△	○	△	○	△	○

※6ヵ月以降を目処に開始
 投薬はかかりつけ医のみで
 投薬間隔は1~3ヵ月(かかりつけ医の判断で)
 投薬終了後の通院間隔はかかりつけ医の判断で
 (できれば3~6ヵ月毎)
 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診(3~6ヵ月)
 大阪医大での定期受診は10年目まで
 定期受診日以外でも必要があれば大阪医大を受診

※大阪医大での定期検査は原則1年毎のMMGのみ。
 AI内服時は1年毎のDEXA測定。
 かかりつけ医で施行可能な検査は
 できるだけ施行お願いいたします。
 その場合、大阪医大での検査を省略します。

患者情報

患者ID _____
 フリガナ _____
 患者氏名 _____ 様
 性別 _____
 生年月日 _____

投薬情報

投薬内容
 アリミデックス ノルバデックス(10mg)×2
 フェマラ ノルバデックス(20mg)
 アロマシン その他 ()
 UFT

投薬予定期間 年間 上記6つのうち何れかを使用

ゾラデックス
 リュープリン

投薬予定期間 年間 上記薬剤のうち何れかを使用
 何力月製剤を使用いただいても結構です

手術情報

病名 (乳癌)
 手術日 _____年 _____月 _____日
 手術部位(右) 手術部位(左)
 手術内容
 放射線治療(残存乳腺): _____
 放射線治療(胸壁・所属リンパ節): _____
 腋窩リンパ節郭清: _____
 センチネル生検: _____

病期
 T: _____
 N: _____ n(_____ / _____)
 M: _____
 組織グレード: _____
 ER: _____
 PR: _____
 Her2: _____
 FISH: _____
 組織型: _____
 Ki-67: _____ %

備考

○は必須項目 △は可能であれば、あるいは必要時実施項目

			(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)	
			かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
			2~5ヵ月	6ヵ月	7~11ヵ月	1年	1年1~5ヵ月	1年6ヵ月	1年7~11ヵ月	2年	2年1~5ヵ月	2年6ヵ月	2年7~11ヵ月	3年
			月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
			日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
診察	問診	体調												
		薬の副作用	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		不正出血の有無												
		(骨粗鬆症の有無)												
		リンパ浮腫の有無												
			一般的内科的診察での異常											
			視触診	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	
投薬			検査	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	
				△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	

			(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)		(術後)	
			かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大
			3年1~5ヵ月	3年6ヵ月	3年7~11ヵ月	4年	4年1~5ヵ月	4年6ヵ月	4年7~11ヵ月	5年	5年1~11ヵ月	6年	6年1~11ヵ月	7年
			月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	
			日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	日	
診察	問診	体調												
		薬の副作用	○	△	○	○	△	○	○	○	○	○	○	
		不正出血の有無												
		(骨粗鬆症の有無)												
		リンパ浮腫の有無												
			一般的内科的診察での異常											
			視触診	△	△	△	○	△	△	○	△	○		
投薬			検査	○	△	○	△	○	△	○	△	○		
				△	△	△	○	△	○	△	○	○		

			(術後)		(術後)		【診療時特記事項と対応】
			かかりつけ医	大阪医大	かかりつけ医	大阪医大	
			7年1~11ヵ月	8年	8年1~11ヵ月	9年	
			月	月	月	月	
			日	日	日	日	
診察	問診	体調					
		薬の副作用	○	○	○	○	
		不正出血の有無					
		(骨粗鬆症の有無)					
		リンパ浮腫の有無					
			一般的内科的診察での異常				
			視触診	△	○	△	○
投薬			検査	△	○	△	○
				△	○	△	○

※6ヵ月以降を目処に開始
 投薬はかかりつけ医のみで
 投薬間隔は1~3ヵ月(かかりつけ医の判断で)
 投薬終了後の通院間隔はかかりつけ医の判断で
 (できれば3~6ヵ月毎)
 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診(3~6ヵ月)
 大阪医大での定期受診は10年目まで
 定期受診日以外でも必要があれば大阪医大を受診

※大阪医大での定期検査は原則1年毎のMMGのみ。
 AI内服時は1年毎のDEXA測定。
 かかりつけ医で施行可能な検査は
 できるだけ施行お願いいたします。
 その場合、大阪医大での検査を省略します。