

お名前 \_\_\_\_\_

病院ID \_\_\_\_\_

手術日 \_\_\_\_\_

手術術式 温存・乳切 / 郭清・センチネルのみ

担当医 \_\_\_\_\_

|                    | 内 容                             |                            | 実施時期    | 6年目～                     | 必要時(病院へ)                 |                          |
|--------------------|---------------------------------|----------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    |                                 |                            |         |                          | 年 月 日                    |                          |
| 自己チェック             | 乳房自己検診                          |                            | 毎月      |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                    | 体重                              |                            | 毎月      |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
| 必須で行う検査 (年1回)      | 問診                              | 気になる症状の有無                  |         | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    |                                 | 痛みの有無                      |         | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    |                                 | 月経                         |         | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    |                                 | ホルモン剤の副作用(内服中の場合)          |         | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    | 視触診                             | 手術をした領域のしこり・皮膚の赤み・リンパ節のはれ等 |         | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    |                                 | 反対側の領域のしこり・皮膚の赤み・リンパ節のはれ等  |         | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    | (手術をした領域)<br>腕 肩関節              | 腕                          | むくみ、炎症  | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
|                    |                                 | 肩関節                        | 運動障害、痛み | 毎回                       |                          | <input type="checkbox"/> |
| 検査                 | マンモグラム                          |                            | 1年毎     | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| 望ましい検査             | 検査                              | 骨密度                        |         | 定期的                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                    |                                 | 婦人科検診                      |         | 定期的                      | <input type="checkbox"/> |                          |
|                    |                                 | 特定検診等                      |         | 定期的                      | <input type="checkbox"/> |                          |
| 症状がある場合に行う検査 (必要時) | 検査                              | 乳腺エコー                      |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
|                    |                                 | 血液検査、生化学検査                 |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
|                    |                                 | 腫瘍マーカー(CEA, CA15-3)        |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
|                    |                                 | 胸部Xp                       |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
|                    |                                 | 胸腹部CT                      |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
|                    |                                 | 骨シンチ                       |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
|                    |                                 | その他                        |         | 必要時                      | 年 月 日                    |                          |
| 治療                 | ホルモン剤の処方: なし・あり<br>【薬剤名: _____】 |                            | 治療中の場合  |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
|                    | その他の疾患<br>疾患名( _____ )          |                            | 治療中の場合  |                          | <input type="checkbox"/> |                          |
| コメント               |                                 |                            |         |                          |                          |                          |