

東京都医療連携手帳



ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@cick.jp

F A X: 03 (5388) 1436

郵 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部

医療政策課がん対策係

連携手帳とは

乳がんの手術・治療を受けられた方は、手術後 10 年間にわたり定期検査を受けることが望めます。この冊子の 7～14 ページに定期検査の予定・記録をまとめてあります。

乳がん治療後は、そう高い可能性があるとはいえませんが、再発ならびに対側乳房への新規乳がんの発生などを定期的に見ることが必要です。

初期治療が終了した時点で、かかりつけの病院・医院（かかりつけ医療機関）で定期的に検査を行ってもらい、処方や体調の変化などをみてもらいます。

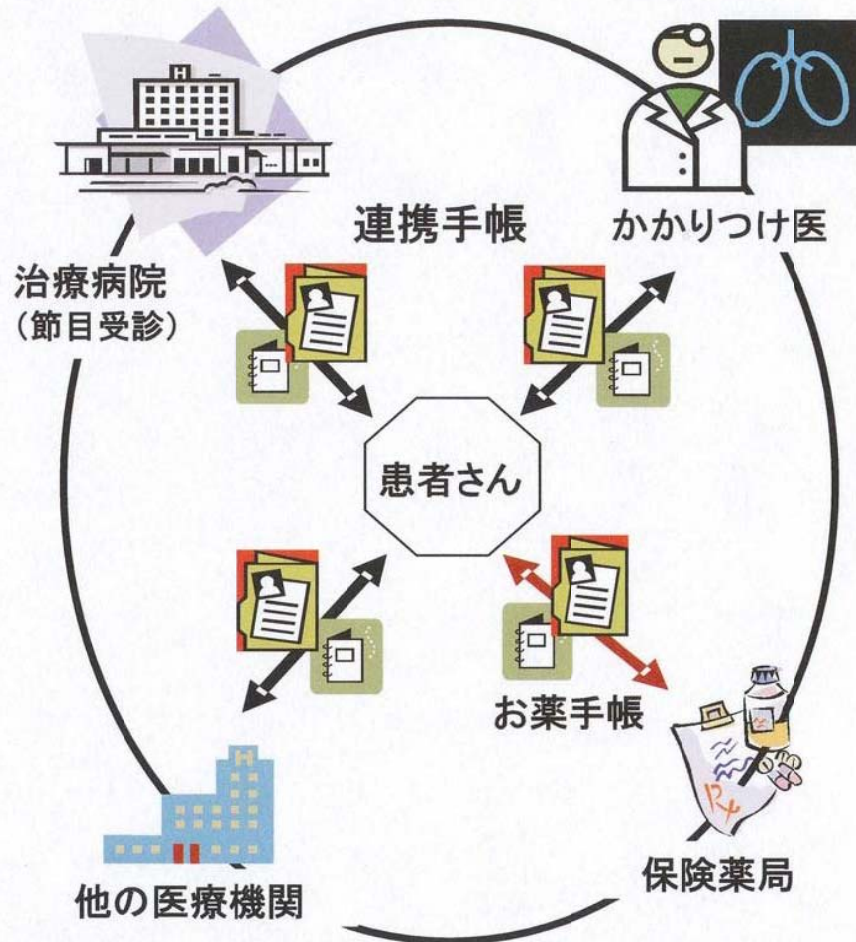
原則的に 1 年に 1 回は手術を受けた病院（手術病院）を受診し、それ以外の時はかかりつけの医療機関を受診してください。

かかりつけの医療機関での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合は、その時点で手術病院を受診して頂くことになります。

また乳がん以外に、自治体で行われる検診・健康診断などは必ずお受けください。

東京都医師会
東京都がん診療連携協議会
東京都福祉保健局

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
生年月日	明・大 昭・平 _____年 _____月 _____日
身長	_____ cm 体重 _____ kg
かかりつけ医療機関	
施設名 (スタンプ可)	
ID	
担当医	
連携開始日 平成	
手術を受けた病院	
施設名 (スタンプ可)	
ID	
担当医	
治療開始日 平成	
かかりつけ薬局	
(スタンプ可)	

既往歴および現在治療中の病気

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬

(シール貼り付けも可。お薬手帳があれば記入はいりません。)

手術記録

閉経状況 (前 ・ 後 ・ 不明)

病期 T ____ N ____ M ____
Stage _____

手術日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

手術術式

病理

組織型 _____

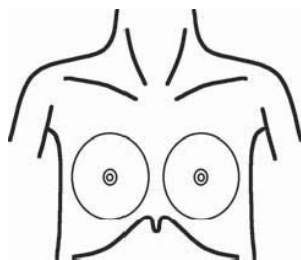
pT ____ cm

n ____ / ____

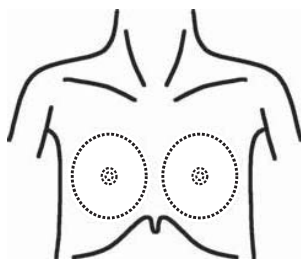
ER ____ PgR ____ HER2

ly ____ NG ____

断端 (陰性・陽性)



<術前所見>



<術後所見>

備考

放射線療法

部位 _____

総線量・回数 _____

期間 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

備考 _____

化学療法

内容 (レジメン名・薬剤名・投与量 (/ m²) ・回数) _____

期間 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

備考 _____

内分泌治療

内容 _____

投与開始日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

予定期間 _____

備考 _____

その他特記事項 (連携時)

クレアチニン値 ____ mg/dl

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

4年3か月 4年6か月 4年9か月 5年 (手術病院にて) 5年6か月 6年 (手術病院にて) 6年6か月 7年 (手術病院にて)

受診年月日 / / / / / / / /

診察	○	○	○	○	○	○	○	○
乳房 US / MMG				○				○
・ MMG (US代用可)				○				○
・ US		⊙		⊙		⊙		⊙
採血	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
胸部レントゲン		⊙		⊙		⊙		⊙
婦人科 (TAM 内服中のみ)				○				○
骨密度 (AI 内服中のみ)		⊙		○		⊙		○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH 注射施行日								

連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他
 連携元 連携先 その他

コメント

[連携元: 手術病院
 連携先: かかりつけ医療機関]

サイン

5年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

6・7年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

	7年6か月	8年 (手術病院にて)	8年6か月	9年 (手術病院にて)	9年6か月	10年 (手術病院にて)
受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	○	○	○	○	○	○
乳房 US / MMG						
・ MMG (US代用可)				○		
・ US		⊙		⊙		⊙
採血	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
胸部レントゲン		⊙		⊙		⊙
婦人科 (TAM 内服中のみ)		○		○		○
骨密度 (AI 内服中のみ)	⊙	○	⊙	○	⊙	○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□
LH-RH 注射施行日						
	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他
コメント						
〔連携元：手術病院 連携先：かかりつけ医療機関〕						
サイン						

これ以後は1年に一回
乳房の定期的検査をお受けください。

8・9年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
 CT・骨シンチグラフィ・腹部 US・その他 ()

10年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
 CT・骨シンチグラフィ・腹部 US・その他 ()

