

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **乳がん術後連携パス連携シート**
 連携医療機関 _____
 パス開始日 _____

ID _____
 フリガナ _____
 患者氏名 _____

手術日 _____ 主治医 _____

	受診施設	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	2～5ヶ月	6ヶ月	7～11ヶ月	1年	1年1～5ヶ月	1年6ヶ月	1年7～11ヶ月	2年	2年1～5ヶ月	2年6ヶ月
	受診日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日
診察	局所異常所見										
	患肢の腫脹・疼痛										
	全身倦怠感										
	不正出血										
	肩関節運動障害・関節痛										
	一般的内科所見										
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血液検査	WBC(白血球)										
	RBC(赤血球)										
	Hb(血色素量)										
	Ht(ヘマトクリット)										
	PLT(血小板)										
	AST(GOT)										
	ALT(GPT)										
	BUN(尿素窒素)										
	Cr(クレアチニン)										
	Ca(カルシウム)										
	T-Cho(総コレステロール)										
腫瘍マーカー	TG(中性脂肪)										
	CEA										
	CA15-3										
	p53抗体										
	NCC-ST-439										
	BCA225										
画像検査	血清HER2タンパク										
	XP										
	腹エコー										
	CT										
	骨シンチ										
	MMG										
骨粗鬆症	乳腺US										
	検査結果										
	投薬										
	その他										
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **乳がん術後連携パス連携シート** ID 0
 連携医療機関 フリガナ 0
 パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 0 患者氏名 0

	受診施設	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	5年1～11ヶ月	6年	6年1～11ヶ月	7年	7年1～11ヶ月	8年	8年1～11ヶ月	9年	9年1～11ヶ月	10年
	受診日		月 日		月 日		月 日		月 日		月 日
診察	局所異常所見										
	患肢の腫脹・疼痛										
	全身倦怠感										
	不正出血										
	肩関節運動障害・関節痛										
	一般的内科所見										
	体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血液検査	WBC(白血球)										
	RBC(赤血球)										
	Hb(血色素量)										
	Ht(ヘマトクリット)										
	PLT(血小板)										
	AST(GOT)										
	ALT(GPT)										
	BUN(尿素窒素)										
	Cr(クレアチニン)										
	Ca(カルシウム)										
	T-Cho(総コレステロール)										
TG(中性脂肪)											
腫瘍マーカー	CEA										
	CA15-3										
	p53抗体										
	NCC-ST-439										
	BCA225										
	血清HER2タンパク										
画像検査	XP										
	腹エコー										
	CT										
	骨シンチ										
	MMG										
	乳腺US										
骨粗鬆症	検査結果										
	投薬										
	その他										
医師の確認											