

診療情報提供書
(乳がん術後地域連携クリニカルパス)

年 月 日

広島大学病院

担当医 先生
(FAX:082-257-1720 がん治療センター)

連携先病院(病院名および所在地)

医師名: 印

※医師名欄は、署名もしくは記名押印

患者氏名	性別	
	生年月日	
(広島大学病院ID)		
住所		
電話番号		

傷病名	乳がん術後(地域連携パス)	手術日	年 月 日		
受診日	年 月 日	(術後	年 ヶ月後)		
紹介目的	共同診療計画に沿った診療				
既往歴					
症状経過・検査結果および治療経過					
		コメント			
問診	術後疼痛	無 ・ 有	検査		
	TAM	更年期症状		無 ・ 有	
		帯下の変化		無 ・ 有	
	AI剤	更年期症状		無 ・ 有	
関節痛・こわばり		無 ・ 有			
視触診	局所・リンパ節	無 ・ 有	画像検査		
	患肢：リンパ浮腫・炎症	無 ・ 有			
投薬	ホルモン剤処方	無 ・ 有		血液検査	実施 ・ 未実施
	内服状況確認	無 ・ 有	マ腫瘍力場	CEA	実施 ・ 未実施
	併用薬チェック	無 ・ 有		CA15-3	実施 ・ 未実施
			マンモグラフィー	実施 ・ 未実施	
			乳房エコー	実施 ・ 未実施	
			CT	実施 ・ 未実施	
			MR I	実施 ・ 未実施	

コメント

有害事象の発生なく、診療計画に沿い定期的な受診、検査が行えたので報告します。

施行検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> マンモグラフィー
添付資料	<input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他()
現在の処方	