

# 愛知県地域医療連携クリティカルパス ～ 第2.01版（改定案）～

[共同診療計画書](#)

[基本ルールとバリエーション](#)

[診療情報提供書](#)

[乳がん地域連携パス兼がん治療連携指導書 1年目](#)

[乳がん地域連携パス兼がん治療連携指導書 2年目以降](#)

**共同診療計画書（乳がん地域連携パス）**

このままパスに保管

拠点病院名 大同病院 拠点病院主治医 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 052-611-6261（代表）

診療所名 \_\_\_\_\_ 診療所主治医 \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_

項目	拠点病院	診療所における日常診療										5年目以降延長時		
			拠点病院		拠点病院		拠点病院		拠点病院		拠点病院		拠点病院	
		退院～治療開始 /	1年後 /		2年後 /		3年後 /		4年後 /		5年後 /		5年目以降 /	
目標	ホルモン療法を継続できる													
	異常がないことを確認できる													
患者目標	日常生活に支障なく過ごすことができる													
投薬	内服薬（ ）													
	注射薬（ ）													
診察	副作用確認 (※ホルモン剤使用の方のみ)	ほてり												
		不正出血												
		関節痛												
		その他												
	身体診察	乳房局所・創部の異常												
鎖骨上窩リンパ節腫大														
腋窩リンパ節腫大														
患肢リンパ浮腫														
必要時検査	血液検査													
	骨密度（アロマターゼ阻害薬内服中）													
	乳腺超音波検査													
定期検査	マンモグラフィ													

# 乳がん地域連携パスにおける基本ルールとバリエーション

連携医保管用

欄を診療所医師が行う  
 が月の欄にある部分は拠点病院が行う  
 異常が認められたときは、乳がん地域連携パス兼がん治療連携指導書内にバリエーションの項目を記載  
 (例. 再発が疑われるが症状がない→ 「 A-1 」 など)

【医療者アウトカム】：ホルモン療法を継続できる／異常がないことを確認できる

【患者目標】：日常生活に支障なく過ごすことができる

## バリエーション(アウトカムが達成できないこと)

### A. 再発が疑われるとき

A-1	症状がなく差し迫った生命の危険がないと思われるとき	→1か月を目安に拠点病院受診
A-2	症状がある、または差し迫った生命の危険があると思われるとき	→至急、電話連絡または拠点病院受診

### B. 患側上肢の炎症

B-1	抗生剤、消炎鎮痛剤の内服にて軽快	→経過観察（拠点病院受診必要なし）
B-2	抗生剤、消炎鎮痛剤の内服するも増悪	→拠点病院受診
B-3	38度以上の発熱が続く	→至急、電話連絡または拠点病院受診

### C. 内服薬（内分泌療法剤）による副作用

C-1	肝機能異常	→2~4週間休薬後、肝機能再検し改善していれば内服再開 →改善しないときは1か月を目途に拠点病院受診
C-2	不正出血	→産婦人科受診 →異常がなければ内服継続
C-3	高脂血症・体重増加	→生活指導 →改善しないときは高脂血症薬の投薬

診療情報提供書診療計画書

作成年月日 \_\_\_\_\_

患者 ID \_\_\_\_\_

病院名 大同病院 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

コピーして連携医が保管  
原本はこのままパスに保管

患者氏名 \_\_\_\_\_

診療所名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術術式 左 乳房切除術 センチネルリンパ節生検  
右 乳房部分切除術 センチネルリンパ節生検→腋窩リンパ節郭清  
両側 腋窩リンパ節郭清

放射線治療 あり なし  
 乳房 胸壁 鎖骨上リンパ節

期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

再建 有 (人工物・自家組織)  
無

病理組織 ①組織型 非浸潤性乳管癌 浸潤性乳管癌 その他 ( \_\_\_\_\_ )

抗癌剤 レジメン  
 期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

②浸潤径 \_\_\_\_\_ mm

レジメン  
 期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

③リンパ節 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )

④免疫染色結果 ER \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_ HER2 \_\_\_\_\_

予定ホルモン療法 タモキシフェン

⑤Ki-67 \_\_\_\_\_ %

アナストロゾール エキセメスタン レトロゾール

⑥切除断端 陰性 / 陽性

ゴセレリン リュープロレリン

タモキシフェン→アロマターゼ阻害剤

期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

備考欄

注意事項

1. 必要がある場合は続紙に記載し添付すること
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付すること
3. 病理組織結果：別書式での添付可

# 乳がん地域連携パス 兼 がん治療連携指導書 ver2.01

## 1 年目

大同病院 医師 患者氏名  
 ( F A X 052-611-1021) 生年月日

医療機関名  
 診療科及び医師名  
 電話番号  
 F A X 番号

( ✓ : 目標達成、投薬、検査施行  : 検査未施行  : 拠点病院が診療行為を行う )

項目		投薬開始	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	1年目検査	
目標	ホルモン療法を継続できる 異常がないことを確認できる														
患者目標	日常生活に支障なく過ごすことができる														
投薬	内服薬 ( )														
	注射薬 ( )														
診察	副作用確認	ほてり		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		不正出血		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		関節痛		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	
		その他													
	身体診察	乳房局所・創部の異常		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		鎖骨上窩リンパ節腫大		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		腋窩リンパ節腫大		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		患肢リンパ浮腫		+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
必要時検査	血液検査		<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>											<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>	
	骨密度 (アロマターゼ阻害薬内服中)													<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>	
	乳腺超音波検査														
定期検査	マンモグラフィ												<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>		
バリエーション記載 (例: A-1、空欄など)															
確認印あるいはサイン															
その他 コメント欄 (症状・検査など)															

**乳がん地域連携パス 兼 がん治療連携指導書 ver2.01**

年目

大同病院 医師 患者氏名  
 ( F A X 052-611-1021) 生年月日

医療機関名  
 診療科及び医師名  
 電話番号  
 F A X 番号

( ✓ : 目標達成、投薬、検査施行  : 検査未施行  : 拠点病院が診療行為を行う )

		1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	年目検査
項目		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
目標	ホルモン療法を継続できる												
	異常がないことを確認できる												
患者目標	日常生活に支障なく過ごすことができる												
投薬	内服薬 ( )												
	注射薬 ( )												
診察	副作用確認	ほてり	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		不正出血	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		関節痛	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		その他											
	身体診察	乳房局所・創部の異常	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		鎖骨上窩リンパ節腫大	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		腋窩リンパ節腫大	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
		患肢リンパ浮腫	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -	+ / -
必要時検査	血液検査												<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>
	骨密度 (アロマトーゼ阻害薬内服中)												<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>
	乳腺超音波検査												
定期検査	マンモグラフィ												<input style="background-color: yellow;" type="checkbox"/>
バリエーション記載 (例 : A-1、空欄など)													
確認印あるいはサイン													
その他 コメント欄 (症状・検査など)													