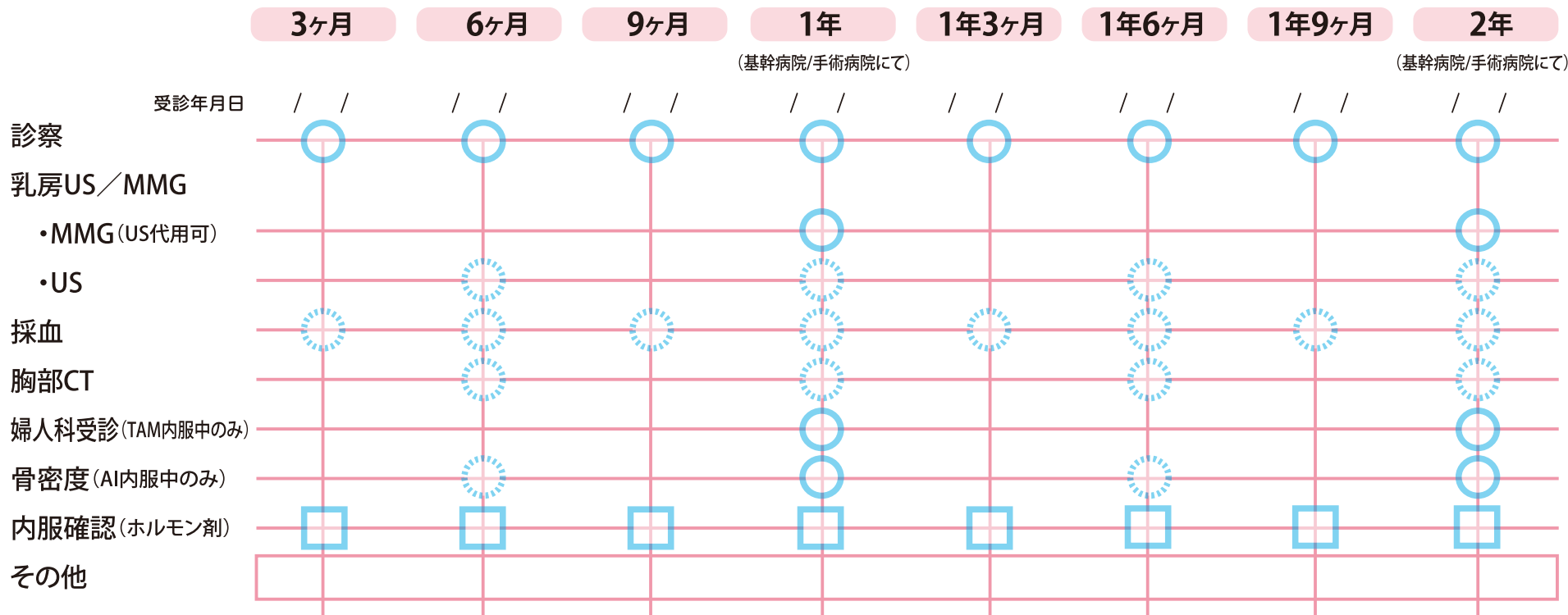


診療メモ

○ 必須
⊙ 任意



(基幹病院/手術病院にて)

(基幹病院/手術病院にて)

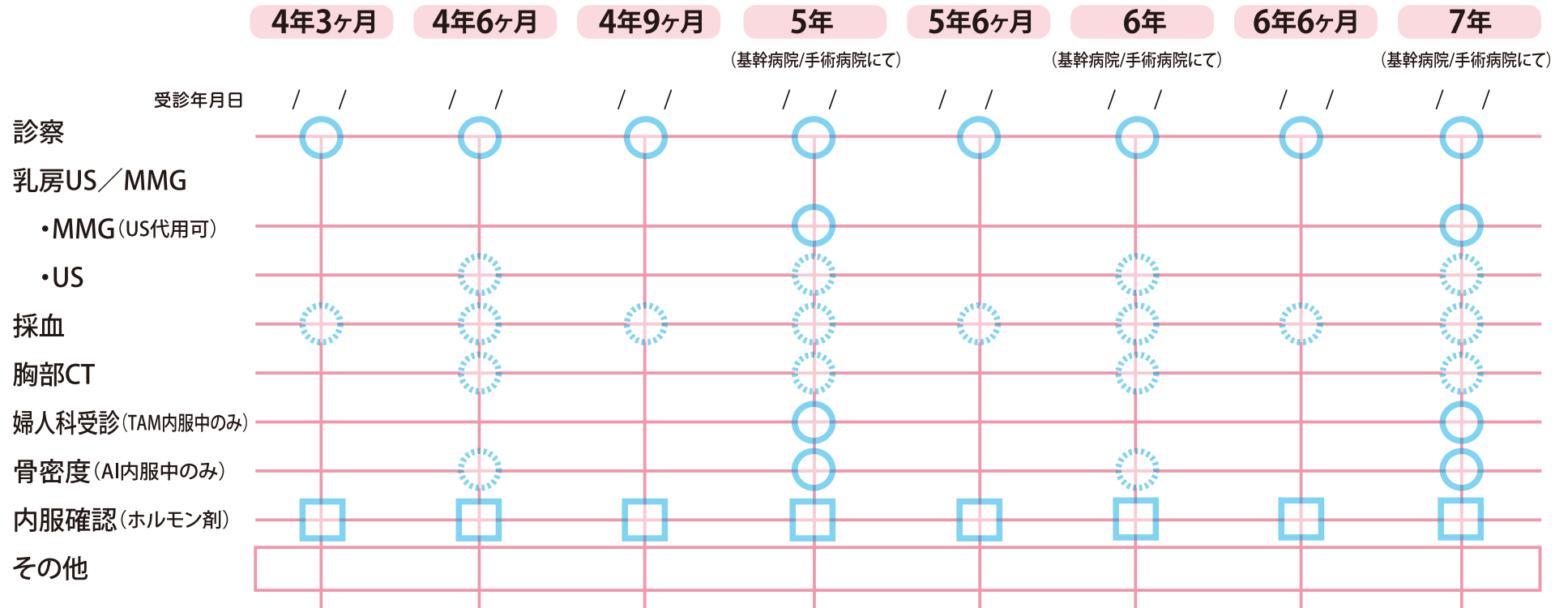
記載者

1年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
 PET・腹部CT・骨シンチ・腹部US・その他()

2年目に行ったその他検査(任意)・その他備考
 PET・腹部CT・骨シンチ・腹部US・その他()

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意



記載者

5年目に行ったその他検査(任意)・その他備考

PET・腹部CT・骨シンチ・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

PET・腹部CT・骨シンチ・腹部US・その他()

診療メモ

○ 必須
⦿ 任意

	7年6ヶ月	8年	8年6ヶ月	9年	9年6ヶ月	10年
受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	○	○	○	○	○	○
乳房US/MMG						
・MMG (US代用可)		○		○		○
・US		⦿		⦿		⦿
採血	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿	⦿
胸部CT		⦿		⦿		⦿
婦人科受診 (TAM内服中のみ)		○		○		○
骨密度 (AI内服中のみ)	⦿	○	⦿	○	⦿	○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□
その他						
記載者						

これ以後は1〜2年に1回
 各自治体等の乳癌検診をお受けください。

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