ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい


**【この手帳について】**

宮崎県がん診療連携協議会　事務担当

TEL:0985-85-9758

〒889-1692 宮崎県宮崎市清武町木原5200

宮崎大学医学部付属病院内

**【その他のことについて】**

宮崎県福祉保健部健康増進課　健康づくり担当

TEL:0985-26-7078

〒880-8501 宮崎県宮崎市橘通東2-10-1


# 宮崎県地域連携パス(乳がん)

宮崎県がん診療連携協議会

# 宮崎県地域連携パスとは

1. 宮崎県地域連携パスとは、基幹病院・手術病院かかりつけ医療機関などとの間で、患者さんの治療経過・状態などの情報を共有することを目的としたパスです。

2. このパスを活用することにより全ての医療機関が協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供することを目標としています。

3. 本パスの活用により、患者さんにとっても各医療機関にとっても、治療計画や患者さんの状態の把握が容易となり、待ち時間の短縮がもたらされ、さらには患者さんの不安の解消にも役立つものと考えています。

4. 乳がんの場合は定期的な再診（場合によっては治療）が必要であり、再発の有無などをチェックする目的で、定期的な検査も必要です。受診間隔などの具体的な内容は基幹病院・手術病院が策定し、本パスを通して患者さんおよびかかりつけ医療機関などに提示することとなります。

5. 乳がん以外の各自治体で行われる住民検診・健康診断などは必ずお受けください。（他のがんに関しては特に自治体検診が重要と考えられます）



# 宮崎県地域連携パスを用いた診療の流れ

**宮崎県地域連携パスとお薬手帳を持っていれば安心です**

# 宮崎県地域連携パスの使い方について

1. 基幹病院の担当の先生は、患者さんにお渡しする前に下記の部分についてご記入ください。

   a) 7.8ページ目：手術記録
   b) 9.10ページ目：各種治療歴とその他連携に当たって、かかりつけの先生に伝えておきたいこと

2. 患者さんはパスを受け取ったら、下記の部分についてご記入ください。

   a) 5ページ目：お名前など
   b) 6ページ目： 以前や現在かかられている病気・アレルギー・内服薬など（お薬は"お薬手帳"などに使うシールを使ってもかまいません。）

3. かかりつけ医ならびに基幹病院・手術病院の担当医は、患者さんが受診される際に次のように記載をお願いいたします。

   a) 診察した日（確認日）の日付記載ならびに記載者にサイン（または印）
   b) 任意検査を行った場合は、項目のところにチェック
   c) 乳がん関連の内服薬の服用がある場合は、受診時にチェックし、特に内分泌治療を行っている場合は開始日と終了日を記載して下さい
   d) （基幹病院・手術病院の場合）1年ごとの任意検査を行った場合チェックもしくは内容記載、その結果も簡単に（問題あり・なし程度でよいです）
   e) 診察を行った際の問題点やかかりつけ医／基幹病院・手術病院に伝えたい点がある場合は、"コメント"に記載してください。スペースが足りなければ、下の"その他備考"欄もご利用ください
   f) かかりつけ医・基幹病院・**手術病院**の担当医のいずれかが、連携中に伝えたい事項があれば、19～22ページ目の"通信欄"に記載してください



# かかりつけ医、専門医（基幹病院・手術病院）の役割

## 1. かかりつけ医

乳がんの患者さんの場合、術後などにおいても内分泌療法などの必要な場合も多く、基幹病院・手術病院の判断により、それらの投薬・治療および経過観察をかかりつけ医で行って頂く場合もあります。

また、風邪を引いた場合や体調不良時、他の疾患の発症が疑われる場合などの何か心配なことがある場合にも、原則まずはかかりつけ医に御相談頂くこととなります。

## 2. 基幹病院・手術病院の担当医

乳がんの場合も他のがんと同様で再発などの危険性を有している疾患です。万一再発が疑われたり、発見された場合はかかりつけ医と基幹病院・手術病院の担当医との間で協議し、その後の精査・加療を行っていくこととなります。

節目に行うCTなどの精密検査は原則基幹病院・手術病院で行います。また病状により基幹病院・手術病院の担当医が行う場合もあります。

また緊急を要する場合で休日・夜間などかかりつけ医が対応できない場合も基幹病院・手術病院が対応できる場合もありますので、患者さんと基幹病院・手術病院の担当医との間でその様な場合についても前もって相談・協議することをお勧めします。

| | |
|---|---|
| お名前 | |
| 生年月日　明治・大正・昭和・平成　年　月　日 | |
| 身長　cm　体重（術前）　kg／退院時　kg | |
| 住所 | |
| 電話番号 | 携帯電話 |

| | |
|---|---|
| 緊急連絡先（1）家族名（続柄） | |
| 住所 | |
| 電話番号 | 携帯電話 |
| 緊急連絡先（2）家族名（続柄） | |
| 住所 | |
| 電話番号 | 携帯電話 |

| | |
|---|---|
| 専門医（基幹病院・手術病院） | 科名 |
| TEL | 担当医（外来主治医） |
| ID | |
| 手術日 | 年　月　日<br>年　月　日 |

| | |
|---|---|
| かかりつけ医療機関（1） | |
| 医師名 | TEL |
| かかりつけ医療機関（2） | |
| 医師名 | TEL |
| かかりつけ薬局 | TEL |



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（お薬手帳がある時は記入不要）

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（陽性、陰性、未測定）

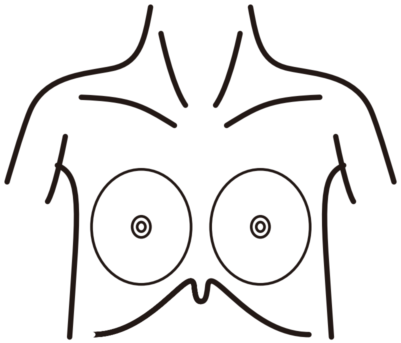
PgR（陽性、陰性、未測定）

HERZ（陽性、陰性、未測定）

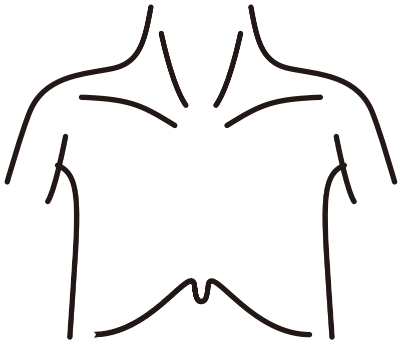
断端（陽性、陰性、未測定）







＜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（　／$m^2$）・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（　／$m^2$）・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（　／$m^2$）・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

## 内分泌治療

内容

投与開始日　平成　　年　　月　　日

予定期間

備考

## 分子標的薬剤による治療

内容

投与開始日　平成　　年　　月　　日

予定期間

備考

## 採血結果などの異常所見

# 診療メモ

○ 必須
◌ 任意

| | 3ヶ月 | 6ヶ月 | 9ヶ月 | 1年<br>(基幹病院・手術病院にて) | 1年3ヶ月 | 1年6ヶ月 | 1年9ヶ月 | 2年<br>(基幹病院・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 | | | | | | | | |

**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

| | 2年3ヶ月 | 2年6ヶ月 | 2年9ヶ月 | 3年<br>（基幹病院・手術病院にて） | 3年3ヶ月 | 3年6ヶ月 | 3年9ヶ月 | 4年<br>（基幹病院・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 | | | | | | | | |

## ３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（　　　　　　　）

## ４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

| | 4年3ヶ月 | 4年6ヶ月 | 4年9ヶ月 | 5年<br>(基幹病院・手術病院にて) | 5年6ヶ月 | 6年<br>(基幹病院・手術病院にて) | 6年6ヶ月 | 7年<br>(基幹病院・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

**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<br>（基幹病院・手術病院にて） | 9年6ヶ月 | 10年<br>（基幹病院・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（　　　　　　　　）

## 通信欄　（かかりつけ医→基幹病院・手術病院）

| 年月日 | | 記載者 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



## 通信欄　（基幹病院・手術病院→かかりつけ医）

| 年月日 | | 記載者 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## ■薬剤等略語一覧

**（１）ホルモン治療薬**

ANZ(アナストロゾール、アリミデックス)
EXE(エキセメスタン、アロマシン)
FDZ(塩酸ファドロゾール、アフェマ)
TAM(クエン酸タモキシフェン、ノルバデックスなど)
TOR(クエン酸トレミフェン、フェアストン)
ZOL(酢酸ゴセレリン、ゾラデックス)
MPA(酢酸メドロキシプロゲステロン、ヒスロンH200など)
LPR(酢酸リュープリン、リュープリン)
LET(レトロゾール、フェマーラ)

**（２）抗体治療薬**

トラスツズマブ(ハーセプチン)

**（３）小分子化合物**

ラパチニブ(タイケルブ)

**（４）細胞毒性抗癌剤**

CPT-11(塩酸イリノテカン、カンプトなど)
EPI(塩酸エピルビシン、ファルモルビシンなど)
GEM(塩酸ゲムシタビン、ジェムザール)
CAP(カペシタビン、ゼローダ)
CBDCA(カルボプラチン、パラプラチンなど)
CPA(シクロホスファミド、エンドキサン)
CDDP(シスプラチン、ブリプラチンなど)
VNB(酒石酸ビノレルビン、ナベルビン)
FT(テガフール、フトラフールなど)
UFT(テガフール・ウラシル配合剤、ユーエフティ)



## ■薬剤等略語一覧

**（４）細胞毒性抗癌剤**

TS-1(テガフール・ギメラシル・オテラシル配合剤、ティーエスワン)
5'DFUR(ドキシフルリジン、•tルツロン)
ADM(ドキソルビシン塩酸塩、アドリアシン)
DTX(ドセタキセル水和物、タキソテール)
PTX(パクリタキセル、タキソールなど)
5-FU(フルオロウラシル、5-FU)
MMC(マイトマイシンC、マイトマイシンS)
MIT(ミトキサントロン塩酸塩、ノバントロン)
MTX(メトトレキセート、メソトレキセート)
nab-PTX（アルブミン懸濁型パクリタキセル、アブラキサン）

**（５）化学療法レジメ**

CMF(シクロホスファミド、メトトレキセート、フルオロウラシル)
AC(ドキソルビシン、シクロホスファミド)
EC(エピルビシン、シクロホスファミド)
CAF(フルオロウラシル、ドキソルビシン、シクロホスファミド)
FEC(フルオロウラシル、エピルビシン、シクロホスファミド)
CEF(シクロホスファミド、エピルビシン、フルオロウラシル)
TAC(ドセタキセル、ドキソルビシン、シクロホスファミド)
TC(ドセタキセル、シクロホスファミド)

## 通信欄　（かかりつけ医→基幹病院・手術病院）

| 年月日 | | 記載者 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



## 通信欄　（基幹病院・手術病院→かかりつけ医）

| 年月日 | | 記載者 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## メモ

## メモ