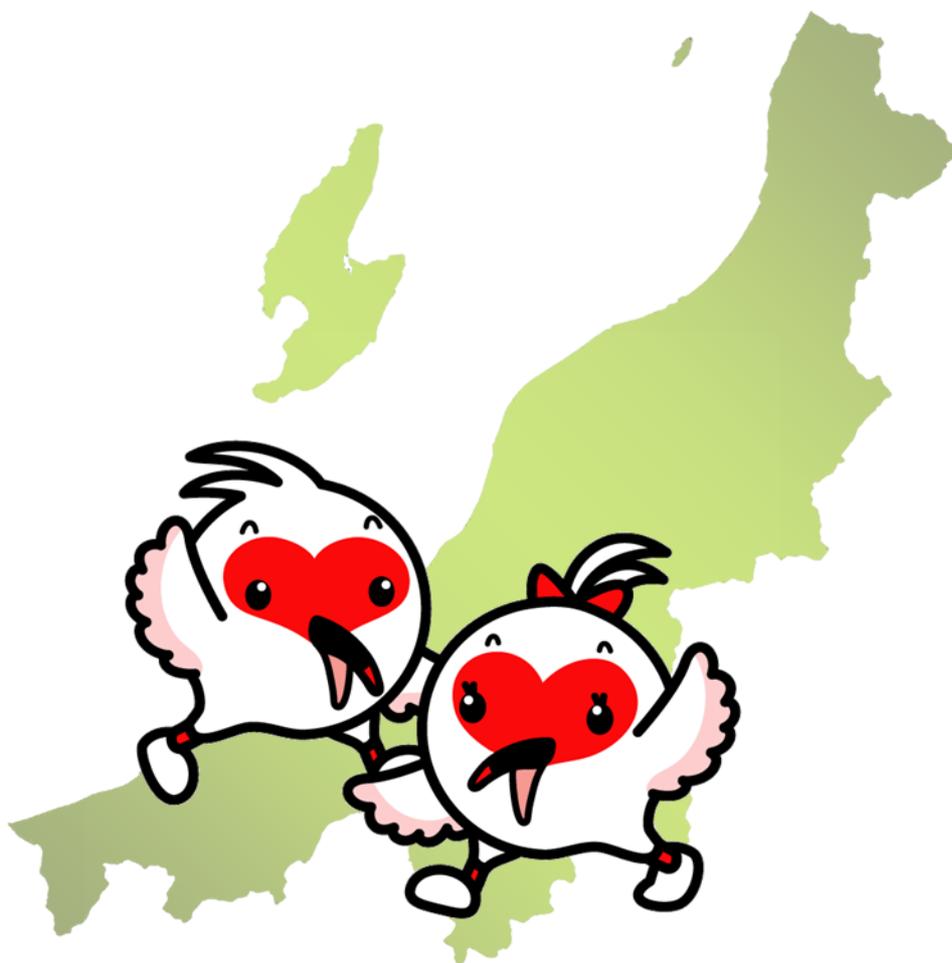


医療連携ノート

(乳房)



医療連携ノートとは

手術などの治療を行った病院とかかりつけ医が協力して（医療連携）、専門的医療と総合的な診療を適切に提供するために使用する患者さん用のノートです。安全で質の高い医療を切れ目なく提供するため、専門医が協力して新潟県共通のものを作成しました。

★医療連携ノートの内容

- ①患者さんの病状、治療内容等の診療情報
- ②今後の診療予定表
- ③診療予定表に基づく受診日の診療記録

★医療連携ノートを使うことによる利点

- ①診療予定表により、「いつ」「どこで」「どんな」検査や診療を受ければよいか分かります
- ②医療機関同士が患者さんの治療経過を共有でき、より適切な診療が可能となります
- ③かかりつけ医がもうひとりの主治医となるため、通院時間や待ち時間が短縮し、負担が軽減されます。ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。

緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、（拠点病院名、窓口名）（電話番号／内線番号）までご連絡ください。

他の医療機関を受診する際にお持ちいただくと、医療連携ノートから病状や診療状況を把握することができ、迅速で適切な対応が可能になります。また、保険薬局にお持ちいただければ、より適切な服薬指導を受けることができます。



もくじ

- 🍎 退院後の日常生活・・・p 3-6
 - ・ 日常生活で気をつけていただきたいこと
 - ・ 退院後もこれだけは忘れずに
- 🍎 わたしの記録・・・・・・・・p 7-8
- 🍎 治療記録・・・・・・・・p 9-10
- 🍎 乳房自己チェック項目・p11-12
- 🍎 術後連携パス・・・・・・・・p13-20
- 🍎 連携中の診療メモ・・・p21-24
- 🍎 各部署・担当等のご案内
・・・・・・・・p25-27

退院後の日常生活

からだの調子に自信がいたら、仕事に復帰。
外出も旅行も、何でもできます。

日常生活で気をつけていただきたいこと

<リンパ節郭清を受けた方へ>

手術を受けた方の腕は、できるだけ負担をかけないで

- リンパ節郭清は、わきの下のリンパ節をとりますので、リンパ液の流れが低下し、腕がむくみやすくなります。
- ★ 腕時計や指輪を避け、服の袖口はゆるめにしましょう。
 - ★ 注射や採血、血圧測定などもできるだけ反対側の腕でするようにしましょう。
 - ★ 重い荷物を積んでの自転車の走行は控えましょう。
 - ★ 重いカバンや荷物は反対側の腕を使いましょう。
買い物の際は、キャリヤーなどを使うと便利です。

- ★入院中に指導を受けたリンパマッサージを行いましょう。
- ★腕にむくみのある方は、リンパ浮腫外来やリンパ浮腫教室もあります。



反対側の腕
を使って

ケガ・やけど・手荒れには十分注意を

傷ができると、健康な時より炎症を起こしやすくなります。

- ★ 手や指先が荒れないようにハンドクリームなどを塗りましょう。
- ★ 深爪や虫刺されに注意しましょう。
- ★ 裁縫のとき、針を指に刺さないように気をつけましょう。
- ★ ガーデニングなどを行う時は、ゴム手袋をはめましょう。
- ★ 急激な日焼けを避けましょう。



- ★ ケガをしたらすぐに水で洗い、消毒してください。
- ★ 大きなケガをしたり、傷口が治りにくい時は、病院に行ってください。



退院後もこれだけは忘れずに！

定期的な診察や検査に行きましょう

術後10年を目途に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって異なりますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、定期検査は乳がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。



定期的な診察や
検査を

毎月1回、自己検診を続けましょう

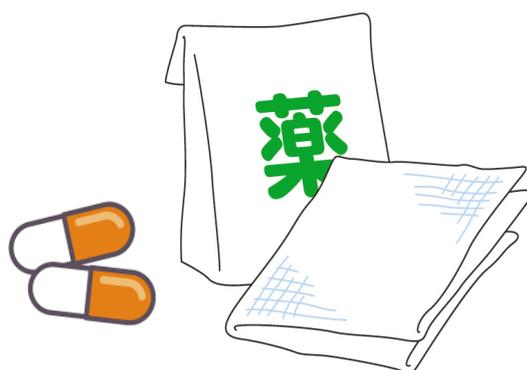
どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。

特に乳房の異常は自分でも調べることができますから、手術を受けたこの機会に、毎月1回、日を決めて、手術側の点検を行い、皮膚の変化・しこり（硬結）や発赤などがないかをチェックします。手術をしていない側の乳房の自己検診も続けるようにし、乳頭からの分泌物や皮膚の変化がないか、乳房を触ってみて小さなしこりがないか、よく調べてください。気になるところがあったら、主治医に相談してください。

指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、ホルモン剤や化学療法剤で、手術の治療効果を高めるために必要なものです。薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。



悩んでいるのはあなただけではありません

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、決して自分のからに閉じこもってしまわないように、明るく、希望を持って生活を送ってください。あなたの身体には大きな力が備わっています。自分の身体をもっと信じて生活することが大切です。

また、医療スタッフのみならず、あなたの周りには家族や友人など、あなたを思い支えてくれる人達がいることを思い出してください。

わたしの記録

| | | | |
|-----------|------------|----|-----|
| お名前 | | | |
| 生年月日 | 明・大 昭・平 | 年 | 月 日 |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| かかりつけ医療機関 | | | |
| 施設名 | | | |
| ID | | | |
| 担当医 | | | |
| 連携開始日 | | | |
| 手術を受けた病院 | | | |
| 施設名 | | | |
| ID | | | |
| 担当医 | | | |
| 治療開始日 | | | |
| かかりつけ薬局 | | | |
| | | | |

既往歴および治療中の病気

Blank area for recording past medical history and current treatments.

内服薬

(シール貼り付け可。お薬手帳があれば記入は不要です)

Blank area for recording oral medications, with a note that stickers can be used and entries are not required if a medication diary is present.

アレルギー（薬、食べ物など）

Blank area for recording allergies (medications, food, etc.) with horizontal dashed lines for writing.



治療記録

手術記録

閉 経

(前 ・ 後 ・ 不明)

病 期

T N M
ステージ

手術日

年 月 日

術 式

病 理

<術前所見>

組織型 _____

pT _____ cm

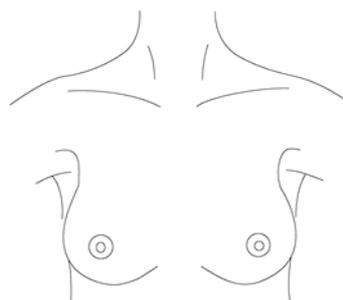
n _____ / _____ 個

ER _____ PgR _____

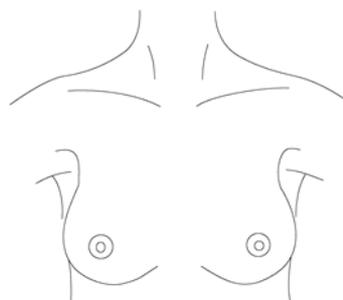
HER2 _____

ly _____ NG _____

断端 (陰性・陽性)



<術後所見>



備 考

乳房の自己チェック項目

自分で乳房を視診・触診する習慣をつけましょう

乳がんは体の表面の乳腺にできるもので、他の内臓のがんと違い、自分で発見することが可能です。多くの方は着替え、入浴中などに偶然しこりを見つけています。

治療後、手術した側と反対側の乳房に変わったところがないかどうか、チェックする習慣をつけましょう。

いつすればいいの？

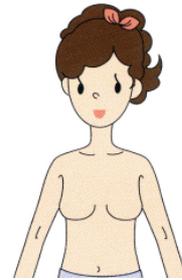
閉経前の方は、月経が終わって1週間ほどの乳房のやわらかい時期がわかりやすいです。

閉経後の方は毎月1回、一定の時期に行いましょう。

それでは自己チェックを開始しましょう！

STEP1

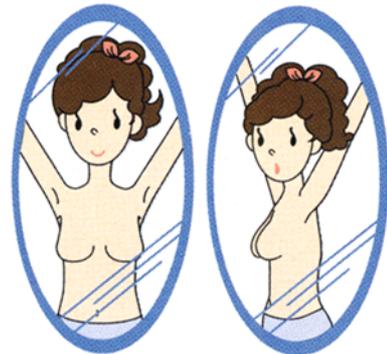
まず、両腕を下げたまま、左右の乳房や乳頭のかたちを覚えておきます。



STEP2

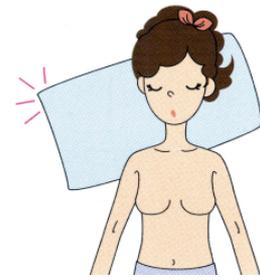
両腕をあげて正面、側面、斜めを鏡に映し、次のことを調べます。

- ★乳房のどこかに、ひきつれたところはないか
- ★乳頭がへこんだり、湿疹のようなただれができていないか



STEP3

あお向けに寝て、右の乳房を調べるときは右肩の下に座布団か薄い枕を敷き、乳房が垂れず胸の上に平均に広がるようにします。



STEP4

乳房の内側半分を調べるには、右腕を頭の後方に上げ、左手の指の腹で軽く圧迫してまんべんなく触れてみます。



STEP5

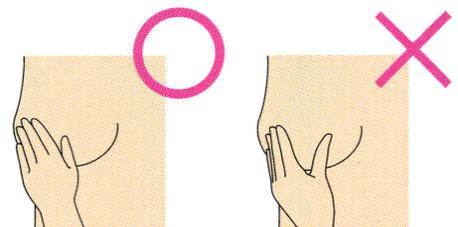
外側半分を調べるには、右腕を自然の位置に下げ、やはり左手の指の腹で同じようにまんべんなく触れてみます。

最後にわきの下に手を入れ、シコリがあるか触れてみます。



STEP6

乳房を指先でつまむようにして調べると、異常がなくてもシコリのように感じますから、必ず指の腹で探ってください。



STEP7

右の乳房を調べたら、左の乳房を同じ要領で調べます。



STEP8

左右の乳首を軽くつまみ、お乳をしぼり出すようにして、血液のような異常な液が出ないかを調べます。



STEP9

毎月自己検診をしているうちに自分の乳房のふつうの状態がわかり、異常を早く見つけれられるようになります。

少しでも異常があったら、ためらわず専門医の診察を受けましょう。



連携パス

ピンクの枠(1年ごと)は手術を受けた病院で

○ 必須項目 △ 任意 □ 患者さん実施

| | | 3か月 | 6か月 | 9か月 |
|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 医師 チェ ック 欄 | 受診年月日 (西暦 / /) | | | |
| | 診察 | ○ | ○ | ○ |
| | 乳房US/MMG (いずれかに○) | | △ | |
| | 採血 | △ | △ | △ |
| | 胸部レントゲン | | △ | |
| | 婦人科 (TAM内服中のみ) | | | |
| | 骨密度 (AI内服中のみ) | | △ | |
| | 内服確認 (ホルモン剤) | ○ | ○ | ○ |
| | LH-RH注射施行日 | | | |
| | 施行場所 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 |
| | コメントの有無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | 医師サイン | | | |

自己チェック項目

気になる項目を医師に相談しましょう

| | | | | |
|-------|--------------------------|-------|-------|-------|
| 自己視触診 | 手術した側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| | 手術していない側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| その他 | 気になる症状など | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

1年目に行ったその他の検査 (任意) ・ その他備考

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他 ()

連携パス

ピンクの枠(1年ごと)は手術を受けた病院で

○ 必須項目 △ 任意 □ 患者さん実施

| | | 2年3か月 | 2年6か月 | 2年9か月 |
|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 医師 チェ ック 欄 | 受診年月日 (西暦 / /) | | | |
| | 診察 | ○ | ○ | ○ |
| | 乳房US/MMG (いずれかに○) | | △ | |
| | 採血 | △ | △ | △ |
| | 胸部レントゲン | | △ | |
| | 婦人科 (TAM内服中のみ) | | | |
| | 骨密度 (AI内服中のみ) | | △ | |
| | 内服確認 (ホルモン剤) | ○ | ○ | ○ |
| | LH-RH注射施行日 | | | |
| | 施行場所 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 |
| | コメントの有無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | 医師サイン | | | |

自己チェック項目

気になる項目を医師に相談しましょう

| | | | | |
|-------|--------------------------|-------|-------|-------|
| 自己視触診 | 手術した側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| | 手術していない側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| その他 | 気になる症状など | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

3年目に行ったその他の検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部US ・ その他 ()

| |
|------|
| ID : |
| 氏名 : |

| 3年 | 3年3か月 | 3年6か月 | 3年9か月 | 4年 |
|---|---|---|---|---|
| <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"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ 有 ・ 無 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ 有 ・ 無 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ 有 ・ 無 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ 有 ・ 無 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ 有 ・ 無 |

自己チェック項目 気になる項目を医師に相談しましょう

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

4年目に行ったその他の検査（任意）・その他備考
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）

連携パス

ピンクの枠(1年ごと)は手術を受けた病院で

○ 必須項目 △ 任意 □ 患者さん実施

| | | 4年3か月 | 4年6か月 | 4年9か月 |
|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 医師 チェ ック 欄 | 受診年月日 (西暦 / /) | | | |
| | 診察 | ○ | ○ | ○ |
| | 乳房US/MMG (いずれかに○) | | △ | |
| | 採血 | △ | △ | △ |
| | 胸部レントゲン | | △ | |
| | 婦人科 (TAM内服中のみ) | | | |
| | 骨密度 (AI内服中のみ) | | △ | |
| | 内服確認 (ホルモン剤) | ○ | ○ | ○ |
| | LH-RH注射施行日 | | | |
| | 施行場所 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 |
| | コメントの有無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | 医師サイン | | | |

自己チェック項目

気になる項目を医師に相談しましょう

| | | | | |
|-------|--------------------------|-------|-------|-------|
| 自己視触診 | 手術した側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| | 手術していない側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| その他 | 気になる症状など | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

5年目に行ったその他の検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部US ・ その他 ()

| |
|------|
| ID : |
| 氏名 : |

| 5年 | 5年6か月 | 6年 | 6年6か月 | 7年 |
|--|--|--|--|--|
| <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"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> かかりつけ |
| 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

自己チェック項目

気になる項目を医師に相談しましょう

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

6・7年目に行ったその他の検査（任意）・その他備考
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）

連携パス

ピンクの枠(1年ごと)は手術を受けた病院で

○ 必須項目 △ 任意 □ 患者さん実施

| | | 7年6か月 | 8年 | 8年6か月 |
|---------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 医師 チェ ック 欄 | 受診年月日 (西暦 / /) | | | |
| | 診察 | ○ | ○ | ○ |
| | 乳房US/MMG (いずれかに○) | | △ | |
| | 採血 | △ | △ | △ |
| | 胸部レントゲン | | △ | |
| | 婦人科 (TAM内服中のみ) | | ○ | |
| | 骨密度 (AI内服中のみ) | △ | ○ | △ |
| | 内服確認 (ホルモン剤) | ○ | ○ | ○ |
| | LH-RH注射施行日 | | | |
| | 施行場所 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 | □病院 □かかりつけ □その他 |
| | コメントの有無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| | 医師サイン | | | |

自己チェック項目

気になる項目を医師に相談しましょう

| | | | | |
|-------|--------------------------|-------|-------|-------|
| 自己視触診 | 手術した側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| | 手術していない側 (視触診したらチェック) | □ | □ | □ |
| その他 | 気になる症状など | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |

8・9年目に行ったその他の検査 (任意) ・ その他備考

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他 ()

病院の

各部署・相談窓口のご案内

相談支援センター

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように相談支援センターにてがんに関する相談をお受けしております。

当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して温かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師など院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

窓口開設時間：午前8:30～午後5:15

(月曜から金曜日まで、休日、年末年始を除く)

電話番号：〇〇〇-△△-××××

地域医療連携室

地域医療連携室では、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当院の医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

看護外来

がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対し、専門看護師や認定看護師等が医師と連携して予約制で相談にあたっています。また、化学療法に関する相談、リンパ浮腫を予防するためのリンパドレナージ外来等も行っています。

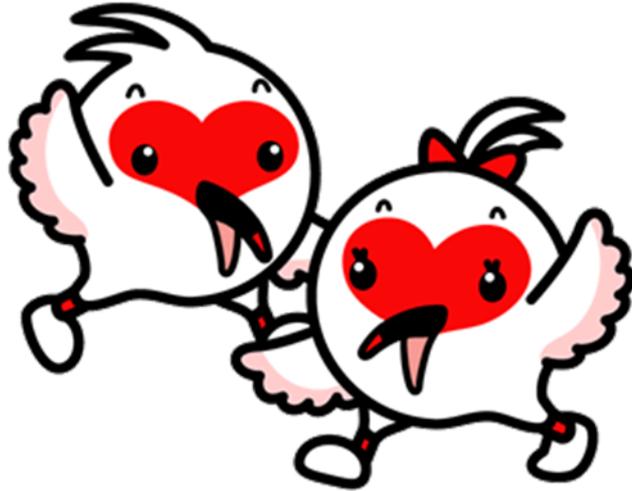
緩和ケア外来

痛みや息苦しさ、倦怠感などの身体的症状や不安などの精神的症状が緩和できるよう、外来通院中の患者さんに対して「心身科・緩和ケア科」を設けています。

再診予約変更

再診予約変更は、外科外来にて承ります。

電話番号：〇〇〇-△△-××××



あなたのお名前

さん

かかりつけ医

(電話 — —)

病院

(電話 — —)

平成23年12月