

乳がん

術後連携パス



磐田市立総合病院
Iwata City Hospital

〒438-8550 静岡県磐田市大久保512番地3

TEL:0538-38-5000(代表)

FAX:0538-38-5050 HP:<https://www.hospital.iwata.shizuoka.jp/>

はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と磐田市立総合病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用し、かかりつけ医と磐田市立総合病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と磐田市立総合病院とが協力し、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体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。



緊急を要する場合、休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合

磐田市立総合病院 ☎0538-38-5000 (代表) までご連絡 ください。

お伝え下さい

**地域連携パス
患者です。**

退院後の日常生活	3
手術後の日常生活	3
退院後もこれだけは忘れずに	5
乳がん術後連携パス	7
メモ	15
磐田市立総合病院の 各部署・担当等のご案内	16
診療情報提供書	18

退院後の日常生活

からだの調子に自信がついたら、
仕事に復帰。
外出も旅行も、何でもできます。



手術後の日常生活

〈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。
買い物の時は、キャリアーなどを使うと便利です。

★入院中に指導を受けたリンパドレナージを行いましょう。

★腕にむくみのある方は、まず主治医に相談してください。

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

手術後 **10 年間**は、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違いますから、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。**気になることは、かかりつけ医までご相談下さい。



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、病院主治医又はかかりつけ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

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、ご家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。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、希望を持って前進し、
病気をしてかえって良かった
と思われるような建設的な生活を送ってください。

不安や心配なことがある時は患者相談窓口や医師、担当看護師に気軽にご相談下さい。



中東遠地域 乳がん連携パス 1 か月～1 年

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
経 過	1 ～ 5 か 月 後	6 か 月 後	7 ～ 11 か 月 後	1 年 後
受 診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり 薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()			
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。			
検 査 予 定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特 記 事 項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 1年1か月～2年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	1年1～5か月後	1年6か月後	1年7～11か月後	2年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()				
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。				
検査予定		☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特 記 事 項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 2年1か月～3年

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	2年1～5か月後	2年6か月後	2年7～11か月後	3年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()				
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。				
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 3年1か月～4年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	3年1～5か月後	3年6か月後	3年7～11か月後	4年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり			
	薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()			
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり			
	①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。			
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 4年1か月～5年

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	4年1～5か月後	4年6か月後	4年7～11か月後	5年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり 薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()			
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。			
検査予定	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特 記 事 項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 5年1か月～7年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	5年1～11か月後	6年後	6年1～11か月後	7年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり 薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()			
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし ☐ あり ①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。			
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特 記 事 項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 7年1か月～9年

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	7年1～11か月後	8年後	8年1～11か月後	9年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり			
	薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()			
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり			
	①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。			
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特 記 事 項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 乳がん連携パス 9年1か月～11年

～かかりつけ医の先生へ～
受診が必要な場合は、18頁の診療
情報提供書を地域医療連携室に送
付し、再診予約をお願いします。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	9年1～11か月後	10年後	10年1～11か月後	11年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
薬の副作用による症状: ①不正出血 ②おりものが増え、かゆみがある ③発疹があり、かゆい ④体重増加 ⑤更年期症状(発汗、ほてりがある) ⑥食欲がない日が続く ⑦関節痛あり 患側の上腕の症状: ⑧腕が上がらないことがある ⑨腕を上げると痛くなる ⑩腕にむくみや赤みがある その他気になる症状があればご記入ください ()				
ご本人の自己診察 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
①手術の傷の周囲に赤みや熱感がある。 ②乳房にしこりがある(健側もチェック) ③乳頭のへこみやただれがある(健側もチェック) ④乳頭からの異常な分泌物がある ⑤手術側のわきの下や首にかたいものが触れる。				
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量	☐ 採血	☐ 採血 ☐ マンモグラフィー ☐ 乳房エコー ☐ 腹部エコー ☐ 腹部CT ☐ 骨塩定量
AST/ALT /γGT				
アルブミン				
クレアチニン				
Hb				
CEA				
CA15-3				
体 重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

メモ

★ 5年目以降のかかりつけ医は必要時受診
(3～6か月)

★ 定期受診は10年目まで

★ 定期受診日以外でも必要があれば受診



磐田市立総合病院の各部署・担当等のご案内

がん相談支援センターのご案内

患者さんが安心して療養に専念していただけるように病院内に相談窓口を設けております。がんに関する様々な悩み、不安、心配ごとの相談はがん相談支援センターでお受けしております。

場 所：磐田市立総合病院 東館2階 65番

時 間：月曜日～金曜日
8時15分～16時45分
(休日と年末年始を除く)

電 話 番 号：0538-38-5000 (代表)
0538-38-5286 (直通)

予約方法：電話または窓口でお受けします。「がん相談の予約がしたい」とお伝えください。

相談は電話でのご相談、対面でのご相談ができます。

磐田市立総合病院の受診について

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は磐田市立総合病院が行います。

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。必要に応じて磐田市立総合病院を受診してください。

【連携パス受診】

かかりつけ医から「地域連携のための診療情報提供（18頁）」を、磐田市立総合病院の地域医療連携室にファックスを送付していただき、受診当日は保険証、診察券、「連携パス」を持って受診してください。

【予約外受診】

必要があれば、予約外医療も受け付けています。

かかりつけ医に相談し、地域医療連携室経由で診療予約を取っていただくか、乳腺外科外来に電話でご相談ください。

【夜間・休日などの対応】

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ときは、磐田市立総合病院救命救急センターまでご連絡ください。その際には地域連携パス患者であることをお伝えください。

電話番号：0538-38-5000（代表）



_____ 科

_____ 先生御机下

診療情報提供書(がん診療地域連携パス)

患者氏名 _____

生年月日 T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

上記患者さんの診療状況を報告をさせていただきます。

連携パス診療状況

- ☐ 著変なし
☐ 以下の変化・特記事項あり

今後ともよろしくお願いいたします。

発信日 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

発信医療機関

がん診療地域連携パス ファックス送付先 0538-38-5549

磐田市立総合病院 地域医療連携室

電話 0538-38-5545

※コピーしてお使いください



お名前

様

かかりつけ医(診療所の名称)

(電話

—

—

)

磐田市立総合病院 乳 腺 外 科

担当医

電話 0538-38-5000(代表)

受付時間 8:30~17:00まで(平日のみ) 休診日 土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)