

鳥取県乳がん地域連携パス

		退院後1か月	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年	10年
受診間隔	連携医療機関		2週間に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	3か月に1回	3～6か月に1回	3～6か月に1回
	計画策定病院	○		○		○	6か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
臨床症状	患側上肢の浮腫	○	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
	肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
	腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
	腫瘍マーカー	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
	胸部X線			6か月に1回		6か月に1回	6か月に1回	6か月に1回	6か月に1回
	CT検査(胸部～上腹部)					1年に1回	1年に1回	1年に1回	1年に1回
	マンモグラフィ					1年に1回	1年に1回	1年に1回	1年に1回
処置	リンパ浮腫指導	○							
	投薬								
	注射・点滴								
診療のポイント									

連携医療機関：	計画策定病院：
---------	---------

本人・家族への説明：	年 月 日
------------	-------

説明者署名：

説明を受け、同意をした者：	本人・家族()
患者氏名：	同意者署名：