

佐賀県乳癌連携パス術後連携計画書・診療経過連絡票

(初発患者さん対象)

(医療機関・患者さん交付用)

患者	ふりがな	<<ORIBP_KANA>>	生年月日	<<ORIBP_BIRTHDAY_W>>
	氏名	<<ORIBP_KANJI>>	初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

計画策定病院	施設	地方独立行政法人佐賀県医療センター好生館
	診療科	乳腺外科
	担当医	<<SYUSRNAME>>
	連絡先	0952-24-2171(代表)
	患者ID	<<SYPID>>

連携医療機関	施設	
	診療科	
	担当医	
	連絡先	
	患者ID	

連携開始日 [平成 年 月 日]

プロフィール	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	病期	T N M Stage 転移リンパ節個数 ケ
	エストロゲンレセプター	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 詳細[]
	プロゲステロンレセプター	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未実施 詳細[]
	HER2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 未実施 [FISH <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性]

治療法	治療内容	治療開始日
手術	<input type="checkbox"/> 乳房温存術 <input type="checkbox"/> 乳房切断術 <input type="checkbox"/> 乳房再建 センチネルリンパ節生検 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 実施 / <input type="checkbox"/> 腋窩郭清	平成 年 月 日
放射線療法	施設: 照射量: Gy	平成 年 月 日
化学療法	施設: 内容:	平成 年 月 日
分子標的治療	施設: 内容:	平成 年 月 日
内分泌療法	施設: 内容:	平成 年 月 日
特記事項		