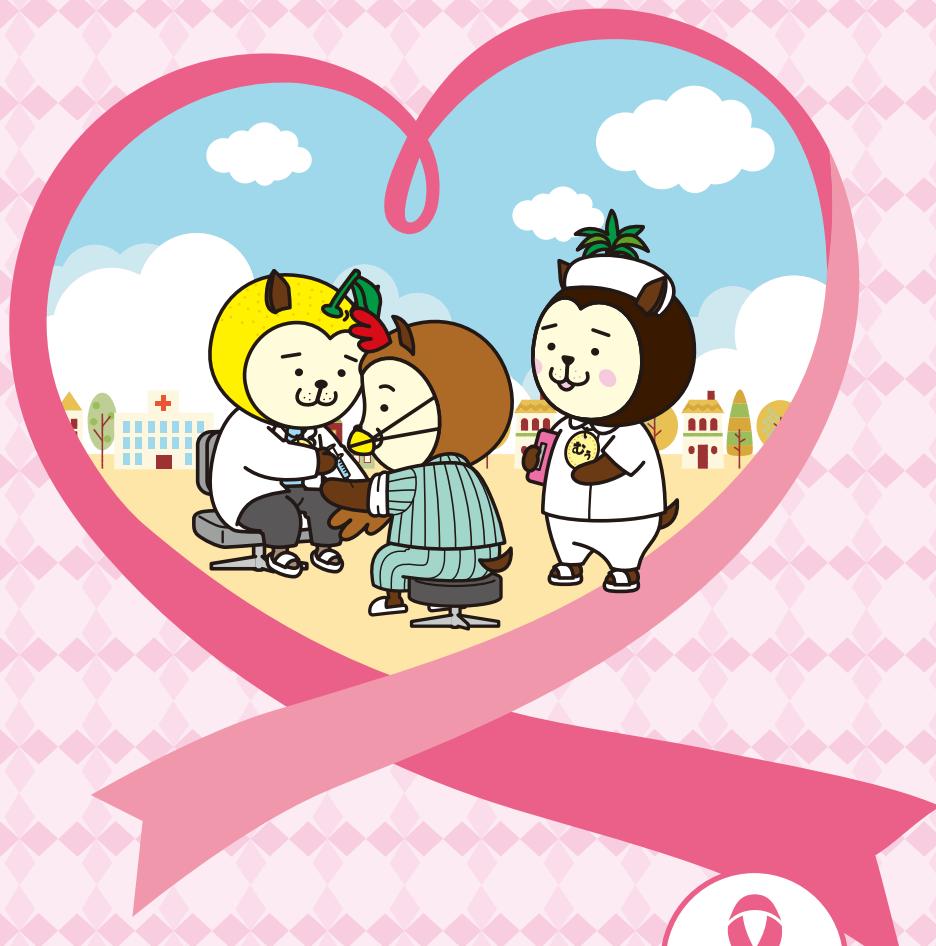


地域連携パス



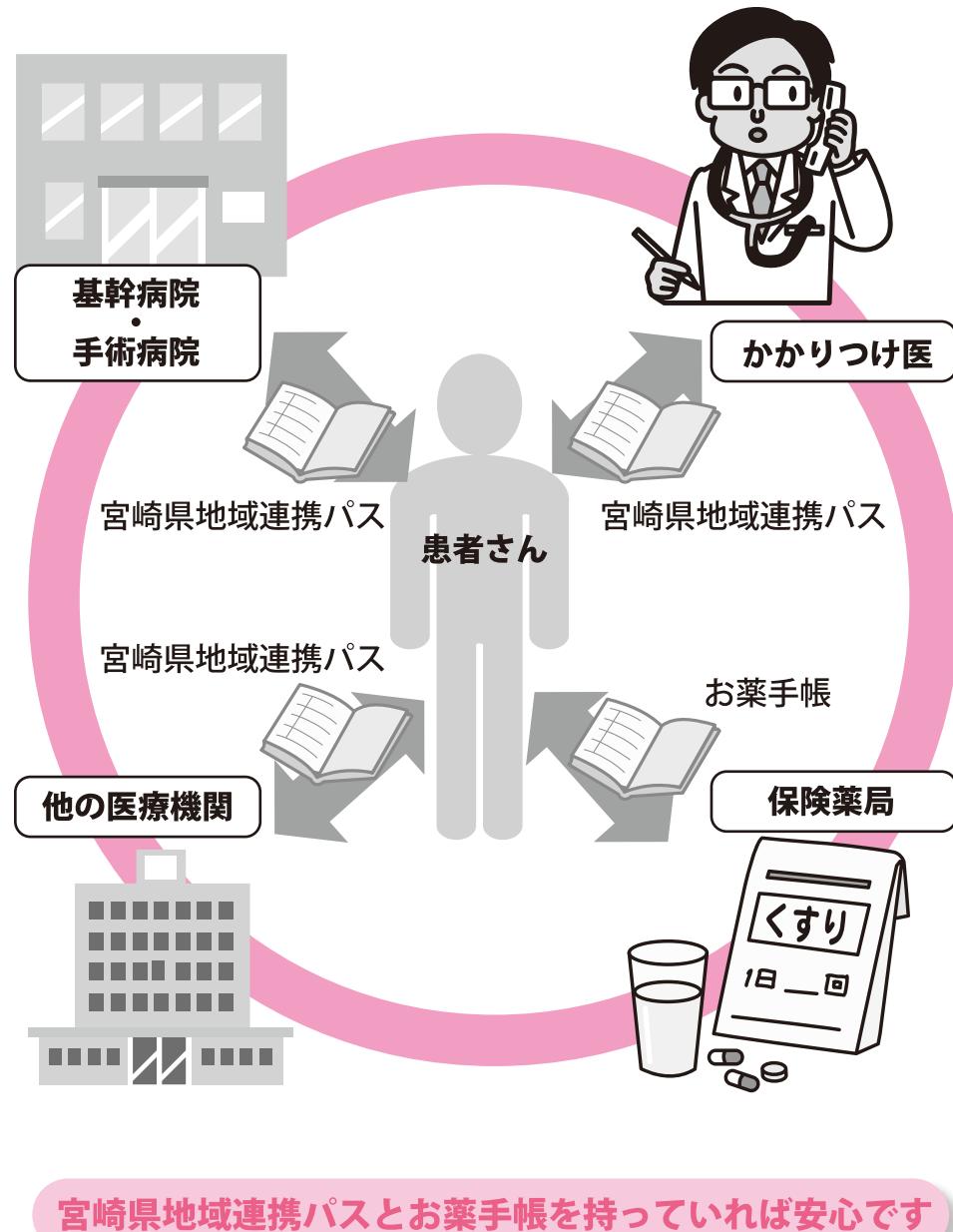
宮崎県



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 / 手術病院と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指しています。
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



宮崎県地域連携バスの使い方について

1. 基幹病院/手術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. 患者さんはバスを受け取ったら、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11ページ目から24ページ目までの記載をお願いします。
 - a) 受診年月日の記載ならびに記載者にサイン（または印）をお願いします
 - b) 検査を行った場合は項目にチェックし、異常な点や留意点などがあれば下方余白に記載をお願いします
 - c) かかりつけ医ならびに基幹病院/手術病院の担当医が連携中にお互いに伝えたいことがあれば、19ページ目から24ページ目までの通信欄に記載してください
 - 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

かかりつけ医、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、手術前後に内分泌療法などが必要な場合も多く、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は、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になります。

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。また病状によりかかりつけ医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でも基幹病院/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	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		
かかりつけ医			
病・医院名			
医師名			
住所			
電話番号			
基幹病院/手術病院			
病院名			
科名			
ID番号			
担当医(外来主治医)			
住所			
電話番号			
保険薬局			
住所			
電話番号			

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)

手術記録

閉経状況

(前・後・不明)

病期

T_____ N_____ M_____

Stage _____

手術日

_____年 _____月 _____日

手術術式

病理

組織型 _____

pT_____ cm

n____/____

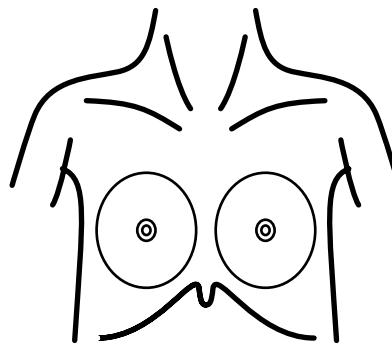
ER (陽性、陰性、未測定)

PgR (陽性、陰性、未測定)

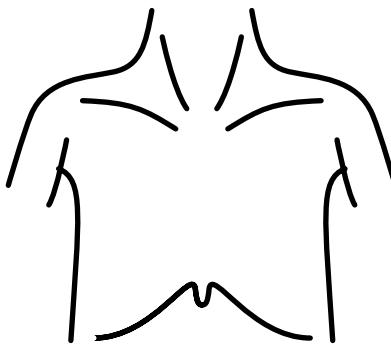
HER2 (陽性、陰性、未測定)

断端 (陽性、陰性、未測定)

手術記録



<術前所見>



<術後所見>

備考

放射線療法

部位

総線量・回数

期間 年 月 日～ 年 月 日

備考

化学療法

内容（レジメン名・薬剤名・投与量（／m²）・回数）

期間 年 月 日～ 年 月 日

備考

化学療法

内容（レジメン名・薬剤名・投与量（／m²）・回数）

期間 年 月 日～ 年 月 日

備考

化学療法

内容（レジメン名・薬剤名・投与量（／m²）・回数）

期間 年 月 日～ 年 月 日

備考

内分泌治療

内容

投与開始日 年 月 日

予定期間

備考

内分泌治療

内容

投与開始日 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 年 月 日

予定期間

備考

採血結果などの異常所見

診療メモ

乳がん

 必須
 任意

3ヶ月

6ヶ月

9ヶ月

1年

1年3ヶ月

1年6ヶ月

1年9ヶ月

2年

(基幹病院/手術病院にて)

(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								
不正性器出血なし (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

乳がん

 必須
 任意

2年3ヶ月

2年6ヶ月

2年9ヶ月

3年

3年3ヶ月

3年6ヶ月

3年9ヶ月

4年

(基幹病院/手術病院にて)

(基幹病院/手術病院にて)

診察	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
乳房US/MMG							
・MMG(US代用可)							
・US							
採血							
胸部CT							
不正性器出血なし (TAM内服中のみ)							
骨密度(AI内服中のみ)							
内服確認(ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>						
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 5年6ヶ月 6年 6年6ヶ月 7年

(基幹病院/手術病院にて) (基幹病院/手術病院にて) (基幹病院/手術病院にて)

受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	<input checked="" type="radio"/>						
乳房US/MMG							
・MMG(US代用可)				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
・US		<input checked="" type="radio"/>					
採血	<input checked="" type="radio"/>						
胸部CT		<input checked="" type="radio"/>					
不正性器出血なし (TAM内服中のみ)				<input checked="" type="radio"/>			<input checked="" type="radio"/>
骨密度(AI内服中のみ)		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
内服確認(ホルモン剤)	<input checked="" type="checkbox"/>						
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	9年6ヶ月	10年
受診年月日	/ /	/ /	/ /	(基幹病院/手術病院にて)	/ /	(基幹病院/手術病院にて)
診察						
乳房US／MMG						
・MMG(US代用可)						
・US						
採血						
胸部CT						
不正性器出血なし (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。

記載者

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

通信欄

通信欄

通信欄

通信欄

通信欄

■ 薬剤等略語一覧

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)

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)

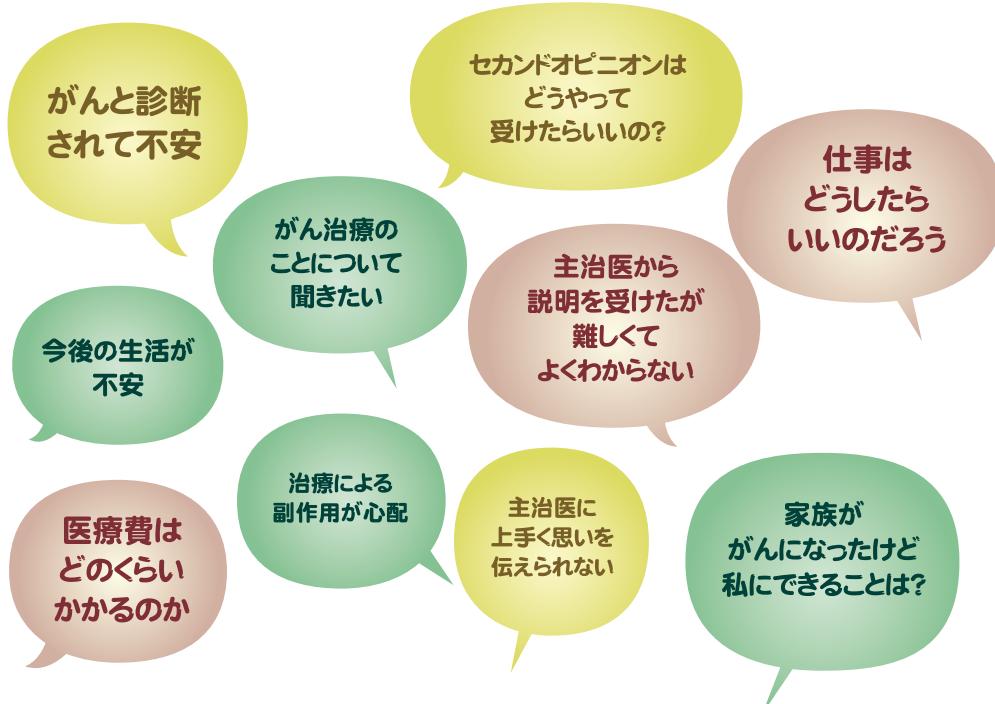
ZOL(酢酸ゴセレリン、ゾラデックス)

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)

相談への対応について

こんな時、お気軽にご相談下さい



★その他、気がかりなこと等、遠慮なくご相談下さい

Q. 利用方法・利用料金は？

A. 主に電話と面談による相談ができます。

面談をご希望の場合は、予約制を取っている病院もあります。

まずはお問い合わせください。利用料金は無料です。

Q. 相談したことは 主治医や家族に報告されるの？

A. 相談者のプライバシーは厳守されます。

内容によって、主治医やご家族に伝えたほうが良いと思われる場合は、相談者の同意を得てからお伝えします。

宮崎県のがん相談支援センター



宮崎大学医学部附属病院

(電話) 0985-85-1909

(対応時間) 月～金 9:00～16:00【祝祭日を除く】



独立行政法人国立病院機構 都城医療センター

(電話) 0986-23-4111

(対応時間) 月～金 8:30～17:15【祝祭日を除く】



宮崎県立宮崎病院

(電話) 0985-38-4107

(対応時間) 月～金 9:30～16:15【祝祭日を除く】



宮崎県立日南病院

(電話) 0987-23-3156

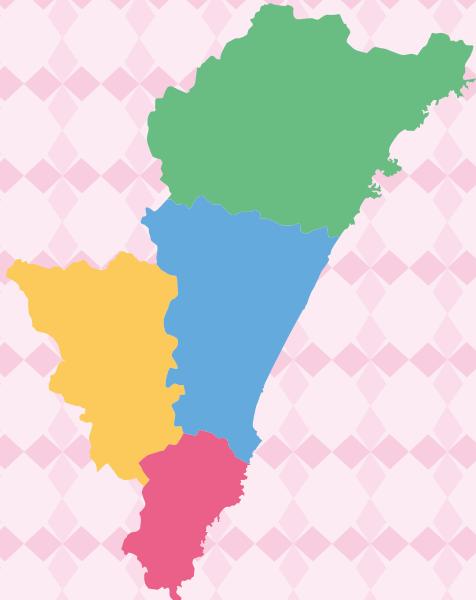
(対応時間) 月～金 9:00～15:50【祝祭日を除く】



宮崎県立延岡病院

(電話) 0982-32-6181【代表】

(対応時間) 月～金 9:00～16:00【祝祭日を除く】



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
宮崎大学医学部附属病院内

その他のことについて

宮崎県福祉保健部健康増進課

TEL.0985-26-7079

〒880-8501 宮崎県宮崎市橋通東 2-10-1