

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	<input checked="" type="radio"/>							
乳房US/MMG								
・MMG(US代用可)				<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)								
骨密度(AI内服中のみ)		<input checked="" type="radio"/>						
内服確認(ホルモン剤)	<input checked="" type="checkbox"/>							
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()

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"/>
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()

	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	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
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"/>
・US		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
採血	<input checked="" type="radio"/>					
胸部CT						
不正性器出血なし (TAM内服中のみ)		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
骨密度(AI内服中のみ)	<input checked="" type="radio"/>					
内服確認(ホルモン剤)	<input checked="" type="checkbox"/>					
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()