

様式13の3

診察・検査予定表（乳がん 退院後～1年6ヶ月）

手術日	_____年____月____日	3ヶ月	6ヶ月
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG (US代用可)		
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）			△
チェック			
内服確認（ホルモン剤）		チェック	
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント （書ききれないときは特記事項欄に記入）			
署名			

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、
 ◎かかりつけ医療機関が行う
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
○	○	○	○
	○		
	△		△
△	△	△	△
	△		△
	○		△
/ /	/ /	/ /	/ /

_____ 1年目に行ったその他検査（任意）等 _____
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ _____ ）

診察・検査予定表（乳がん 1年9ヶ月～3年）

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、
 ◎かかりつけ医療機関が行う
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

手術日	_____年_____月_____日	1年9ヶ月	2年
		_____年 _____月_____日	_____年 _____月_____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG(US代用可)		○
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			○
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）			○
チェック			
内服確認(ホルモン剤)			
チェック			
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
_____年 _____月_____日	_____年 _____月_____日	_____年 _____月_____日	_____年 _____月_____日
○	○	○	○
			○
	△		△
△	△	△	△
	△		△
			○
	△		○
/ /	/ /	/ /	/ /

_____ 2年目に行ったその他検査（任意）等 _____
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ _____ ）

_____ 3年目に行ったその他検査（任意）等 _____
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ _____ ）

診察・検査予定表（乳がん 3年3ヶ月～4年6ヶ月）

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、
 ◎かかりつけ医療機関が行う
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

手術日	_____年____月____日	3年3ヶ月	3年6ヶ月
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
チェック			
乳房US /MMG	MMG(US代用可)		
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
チェック			
胸部レントゲン			△
チェック			
婦人科（TAM服用中のみ）			
チェック			
骨密度（AI服用中のみ）			△
チェック			
内服確認(ホルモン剤)		チェック	
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
チェック			
コメント （書ききれないときは特記事項欄に記入）			
署名			

3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
○	○	○	○
	○		
	△		△
△	△	△	△
	△		△
	○		
	○		△
/ /	/ /	/ /	/ /

4年目に行ったその他検査（任意）等

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）

診察・検査予定表（乳がん 7年6ヶ月～10年）

患者さんに渡す前に、表中の○についてあらかじめ役割分担を決め、
 ◎かかりつけ医療機関が行う
 ●は手術病院が行う 等の予定を記述してください。
 □かかりつけ医療機関または手術病院のどちらかで行う
 △は任意の項目です。必要に応じ◎や●、□に置き換えるなどしてください。

手術日	_____年____月____日	7年6ヶ月	8年
		_____年 _____月____日	_____年 _____月____日
診察		○	○
	チェック		
乳房US /MMG	MMG(US代用可)		
	チェック		
	US		△
	チェック		
採血（腫瘍マーカー、肝・腎、CBC等）		△	△
	チェック		
胸部レントゲン			△
	チェック		
婦人科（TAM服用中のみ）			○
	チェック		
骨密度（AI服用中のみ）		△	○
	チェック		
内服確認(ホルモン剤)	チェック		
LH-RH注射施行日		/ /	/ /
連携（診療情報提供書の発行）			
	チェック		
コメント (書ききれないときは特記事項欄に記入)			
署名			

8年6ヶ月	9年	9年6ヶ月	10年	これ以後は1年に1回 乳房の定期的検査をお受けください。
_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	_____年 _____月____日	
○	○	○	○	
	○			
	△		△	
△	△	△	△	
	△		△	
	○		○	
△	○	△	○	
/ /	/ /	/ /	/ /	

8・9年目に行ったその他検査（任意）等
 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）等
 CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他（ ）