

栃木県医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail : r-path@tcc.pref.tochigi.lg.jp

Fax : 028 (658) 5669

郵 送 : 〒 320-0834

栃木県宇都宮市陽南 4-9-13

栃木県立がんセンター
地域連携バス係



栃木県医療連携手帳目次

連携手帳とは	P 1
連携手帳を用いた診療の流れ	P 2
連携情報	P 3
診療メモ	P 7
乳癌術後の患者さんへ	P15
連携中の診療メモ	P22
連携手帳の使い方について	P28

連携手帳とは

乳がんの手術・治療を受けられた方は、手術後 10 年間にわたり定期検査を受けることが望めます。この冊子の 7～14 ページに定期検査の予定・記録をまとめてあります。

また乳癌術後の注意点やホルモン療法の説明が 15-21 ページにありますので参考にしてください。

乳がん治療後は、そう高い可能性があるとはいえませんが、再発ならびに対側乳房への新規乳がんの発生などを定期的に見ることが必要です。

初期治療が終了した時点で、かかりつけの病院・医院（かかりつけ医療機関）で定期的に検査を行ってもらい、処方や体調の変化などをみてもらいます。

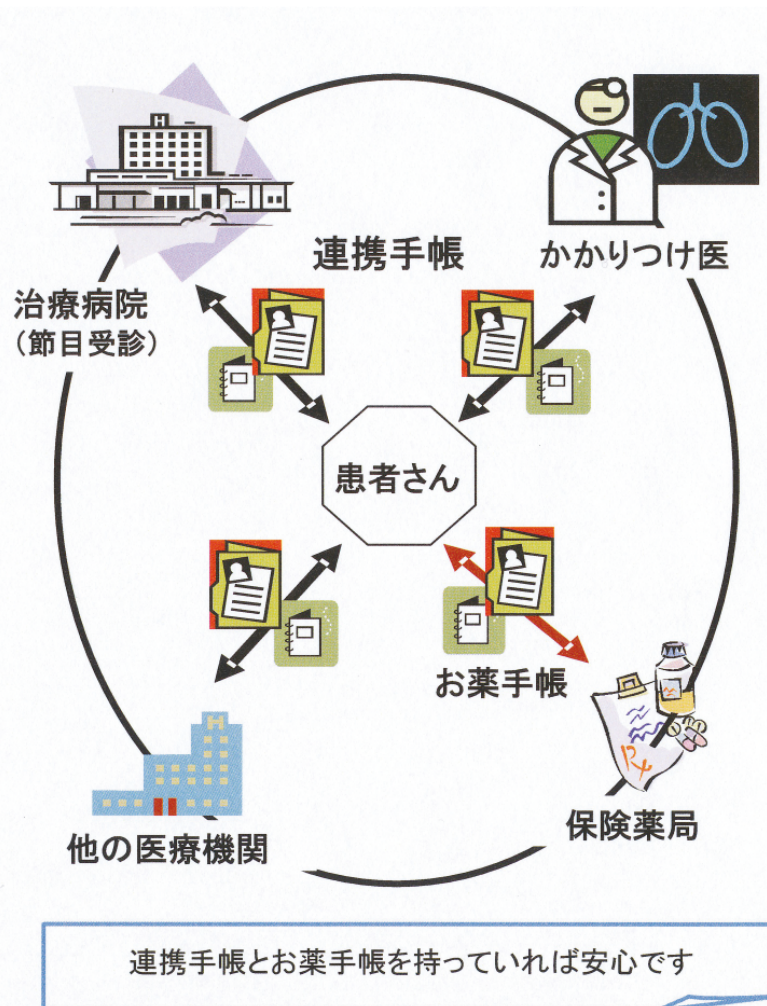
原則的に 1 年に 1 回は手術をうけた病院（手術病院）を受診し、それ以外の時はかかりつけの医療機関を受診してください。

かかりつけの医療機関での診察の結果、精密検査が必要と判断された場合は、その時点で手術病院を受診して頂くことになります。

また乳がん以外に、自治体で行われる検診・健康診断などは必ずお受けください。

栃木県医師会
栃木県がん診療連携協議会
栃木県保健福祉部

連携手帳を用いた診療の流れ



お 名 前	
生年月日	明・大 昭・平 _____年 _____月 _____日
身長	_____ cm 体重 _____ kg
かかりつけ医療機関	
施設名 (スタンプ可)	
ID	
担当医	
連携開始日 平成	
手術を受けた病院	
施設名 (スタンプ可)	
ID	
担当医	
治療開始日 平成	
かかりつけ薬局	
(スタンプ可)	

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

(シール貼り付けも可。お薬手帳があれば記入はいりません。)

手術記録

閉経状況 (前 ・ 後 ・ 不明)

病期 T ____ N ____ M ____
Stage _____

手術日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

手術術式

病理

組織型 _____

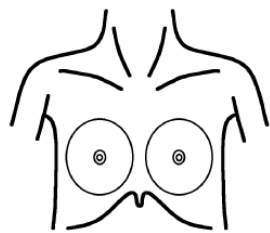
pT ____ cm

n ____ / ____

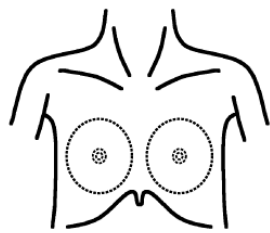
ER ____ PgR ____ HER2

ly ____ NG ____

断端 (陰性・陽性)



<術前所見>



<術後所見>

備考

放射線療法

部位

総線量・回数

期間 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 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 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

備考

内分泌治療

内容

投与開始日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

予定期間

備考

その他特記事項 (退院時)

クレアチニン値 ____ mg/dl

名前：

病院 ID 番号：

診療メモ

必須
 任意

3 か月 6 か月 9 か月 1 年 1 年 3 か月 1 年 6 か月 1 年 9 か月 2 年

(手術病院にて)

(手術病院にて)

受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
乳房								
・MMG				<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>
採血	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
胸部レントゲン		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
婦人科 (TAM 内服中のみ)				<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>
骨密度 (AI 内服中のみ)		<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
内服確認 (ホルモン剤)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

コメント	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他
[連携元：手術病院 連携先：かかりつけ医療機関]								

サイン

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

名前：

病院 ID 番号：

診療メモ

必須
 任意

	2年3か月	2年6か月	2年9か月	3年 (手術病院にて)	3年3か月	3年6か月	3年9か月	4年 (手術病院にて)
受診年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
診察	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
乳房 ・MMG				<input checked="" type="radio"/>				<input checked="" type="radio"/>
採血	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
胸部レントゲン		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>		<input checked="" type="radio"/>
婦人科 (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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

コメント	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 連携元 <input type="checkbox"/> 連携先 <input type="checkbox"/> その他
------	--	--	--	--	--	--	--	--

連携元：手術病院
 連携先：かかりつけ医療機関

サイン

3 年目に行ったその他検査 (任意) ・ その他備考

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 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

CT ・ 骨シンチグラフィ ・ 腹部 US ・ その他 ()

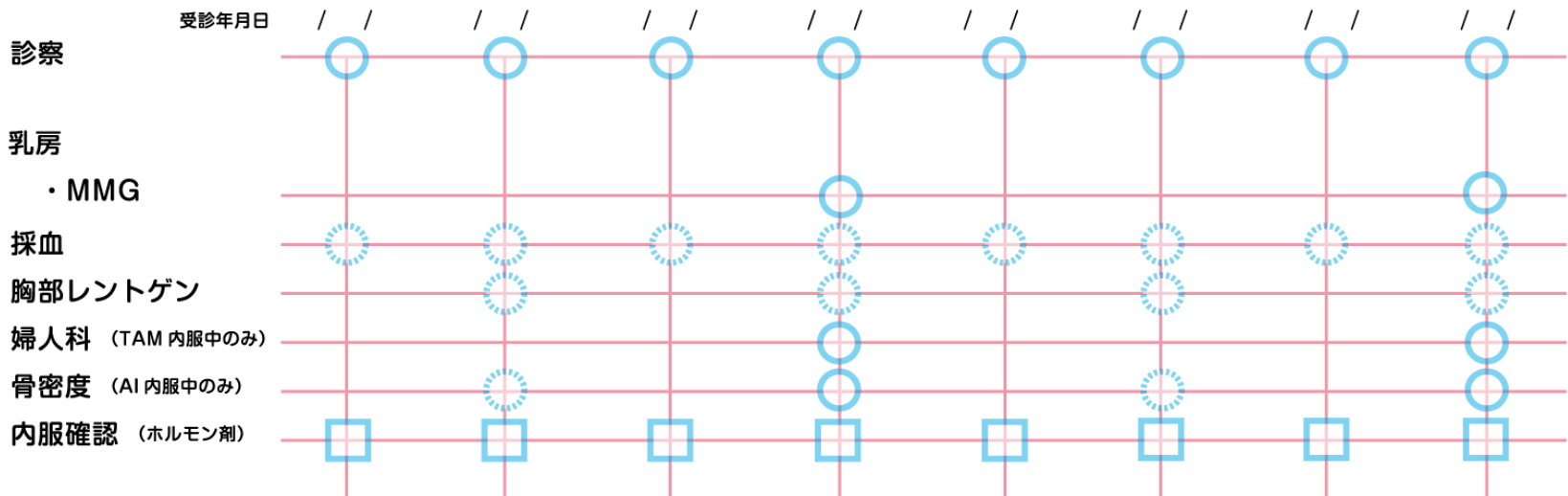
名前：

病院 ID 番号：

診療メモ

 必須
 任意

4年3か月 4年6か月 4年9か月 5年 5年6か月 6年 6年6か月 7年
(手術病院にて) (手術病院にて) (手術病院にて)



コメント

連携元 連携先
 その他

連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先
 その他 その他 その他 その他 その他 その他 その他

サイン

5年目に行ったその他検査 (任意) ・その他備考

CT・骨シンチグラフィ・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

CT・骨シンチグラフィ・腹部 US・その他 ()

名前：

病院 ID 番号：

診療メモ

○ 必須
⊙ 任意

7年6か月 8年 8年6か月 9年 9年6か月 10年
(手術病院にて) (手術病院にて) (手術病院にて)

受診年月日 / / / / / /

診察	○	○	○	○	○	○
乳房 ・MMG				○		
採血	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙
胸部レントゲン		⊙		⊙		⊙
婦人科 (TAM 内服中のみ)		○		○		○
骨密度 (AI 内服中のみ)	⊙	○	⊙	○	⊙	○
内服確認 (ホルモン剤)	□	□	□	□	□	□

連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先 連携元 連携先
 その他 その他 その他 その他 その他 その他

コメント

{ 連携元：手術病院
 連携先：かかりつけ医療機関 }

サイン

8・9年目に行ったその他検査(任意)・その他備考

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

CT・骨シンチグラフィ・腹部US・その他 ()

これ以後は1年に一回
乳房の定期的検査をお受けください。

乳癌術後の患者さんへ

1) 日常生活上の注意

入院中に行ってきたリハビリテーションは自宅でも引き続き行って下さい(休んでしまうと腕、肩が硬くなり、術直後の状態に戻ってしまうことがありますので)。家事等の日常生活範囲内の活動はリハビリテーションにもなりますので積極的に行い、なるべく早く手術前の生活リズムに戻しましょう。また仕事の復帰に関しては仕事内容や補助療法などで個人差はありますが、ごしたい術後2ヶ月ぐらいが復帰の目安になると思われます。スポーツは術後3-4ヶ月程度してから徐々に始めてください(もし運動後に患肢にむくみなどの症状がでるようであれば無理はしないようにしてください)。

リンパ節を取る手術を受けた側の腕にはリンパ液の還流と感染に対する防御力にハンディーがありますので、下記の点には注意して下さい。

* 注射、採血、血圧測定は原則としてもう一方の腕で受けるようにして下さい。

* 重い荷物を長時間持たないように。

* 炊事、洗濯、庭掃除などでけがをしないように(手袋をしましょう)

* 編み物などの細かい手作業も休み休み行うように。

* 腕をしめつけないように袖口に余裕のある服を着ましょう。

* 腕や指をしめつけるような時計、ブレスレット、指輪はもう一方の腕にしましょう。

* 過度の日焼けにも注意しましょう。

* 睡眠時に患肢での腕枕、患肢を下にした側臥位はなるべくしないようにしましょう。

むくみを感じたときには患肢のマッサージ(指先から前腕をして上腕へ向けて)や夜間の患肢の挙上(枕などを用いて患肢を高くして休むように)を行ってみてください。むくみが改善しない場合や腕が赤く腫れる場合(炎症がある場合)には医師または看護師に相談して下さい(弾性包帯による患肢の巻き上げ、サポーター、抗生物質等の処置がありますので)。

多くの方は退院時にはシャワー浴(または入浴)可能な状況となっておりますが、シャワー浴の後に創部の消毒が必要な方

があります。消毒の必要な方には看護師から自己消毒の説明をいたしますので、その指導に従ってシャワー浴後消毒するようにしてください。

日常生活の工夫で直接的に乳癌の再発を抑えることはなかなか難しいことです。しかし間接的ではありますが乳癌の再発抑制効果も期待でき、そしてより健康的になるための日常生活上の注意点がありますので説明します。①手術後の補助療法が最後まで予定通りにできるように食生活、睡眠、衛生等に注意して体調を整えること、②万病のもとである肥満にならないように体重増加には注意すること(肥満には乳癌細胞増殖への影響もあります)、③なるべく早く手術前の生活リズムに戻し、前向きな気持ちを持てるようにすること。悩み事はひとりで解決しようとはせず、御家族そして医師、看護師、保健師などに相談しましょう。(精神的な安心感や支え、そして前向きな気持ちには癌の進みを抑える効果があると考えられています)。

2) 退院後の診察、検査について

手術後1-3ヶ月は創の状態、リハビリテーションの進み具合、薬の副作用の有無などを中心に診察や血液検査を行います。その後は薬の副作用、再発の有無等を中心に診察と検査を行います。

診察の間隔、検査の内容は乳癌の性質、進行度や薬物治療(抗癌剤やホルモン剤)の有無などを考慮しながら組み立てますので患者さんごとにやや違いがあります。代表的な検査は採血検査(赤血球、白血球、血小板、肝機能、腎機能、腫瘍マーカー)、マンモグラフィ、胸部X線検査、骨シンチグラム検査、腹部エコー検査です(リンパ節転移のない患者さんには定期的な骨シンチグラム検査、腹部エコー検査は行わないことが多いです)。欧米においては無症状の乳癌術後の患者さんにマンモグラフィ以外の画像検査を定期的に行うことの意義は少ないと考えられ、定期的な画像検査の推奨はなされていません。病状や乳癌の進行度に応じた定期的な検査を行いますが、最も大切なことはなんらかの症状、または診察所見、採血検査の異常がみられた場合には必ず適切な検査を行うことが必要ですので、再発の項で述べるような症状がみられた場合には必ず医師あるいは看護師にお知らせください。

乳癌術後の患者さんへ

3) 再発について

乳癌術後の再発は全手術例のうちの約30%の患者さんにみられます(リンパ節転移のない場合の再発の危険度は5-20%、リンパ節転移のある場合の再発の危険度は20-50%)。なるべく癌が再発しないように再発の危険度に合わせて予防治療(放射線療法や抗癌剤やホルモン剤)を行っていますが、予防治療ですべての再発が抑えられるのではなく、現実には上記のような頻度で癌が再発してきます。

一般に癌の術後再発は5年以内にそのほとんどが出現するのですが、乳癌の場合癌細胞の増殖速度が遅いものもあるため術後5年以降でも再発が少なからずみられます(全再発例のうちの約20%が術後5年以降の再発です)。そして乳癌の再発しやすい部位としては①局所再発---手術創の近傍②リンパ節再発---特に手術した側の鎖骨の上のリンパ節再発が多い③肺転移④骨転移⑤肝転移などが挙げられます。

再発の発見契機は患者さんが気づく前に医師が診察や検査で発見する場合が約60%、残りの約40%は患者さんの症状で発見されます。ですからこれまでに経験したことのない、そして自然には改善の見られない症状が長く(1週間以上)続く場合には外来を受診し、検査を受けるようにしてください(次回の外来予約まで期間が長い場合には受付へ電話して外来予約を取って受診するようにしてください)。

(代表的な自覚症状)

1 局所、リンパ節再発症状-----

創部の近傍や反対側の乳房にしこりが触れる。

鎖骨の上のリンパ節が硬く触れる。

2 肺転移症状-----

風邪も引いていないのに咳が続く場合。これまで問題のなかった行動(階段を上る場合など)で息切れがみられる場合。

3 骨転移症状-----

思いあたる原因がなく背骨、骨盤、大腿骨などの体の中心となる骨に安静時または動作時に疼痛を感じ、安静、湿布等の処置にて症状の改善がみられない場合

とくに①の局所、リンパ節、反対側の乳房のしこりは体の表面に近く、御自身で発見できる部位ですので定期的に(1ヶ月に1回ぐらい)自己検診するようにしてください。

タモキシフェンについての説明

1) 治療内容

使用するホルモン剤はタモキシフェンで、タモキシフェン(1錠20mg)を1日1回朝1錠を内服してください(5年間内服予定)。

2) 治療効果

タモキシフェンには女性ホルモンが乳癌の増殖を刺激する作用をブロックし、乳癌の増殖を抑制する作用があります。これまでの研究で乳癌術後の再発の予防効果が認められています[その予防効果とは再発する危険のある患者さんを年間1/3-1/2(30-50%程度)減少させることと再発死亡する危険のある患者さんを年間約1/4(25%程度)減少させること]。また対側乳癌や温存術後の新たな乳癌の発生も40-50%程度減少させます。また進行・再発乳癌においても臨床的有効性が30-60%の患者さんで認められています。

3) 治療に伴う副作用、危険性、合併症

治療に伴う主な副作用としては顔面のほてり、体熱感、肩こり、分泌物の変化、膣乾燥感などの更年期症状や生理不順が最も多くみられます。しかしこれらの更年期症状はたとえ出現しても症状は軽く、そして徐々に改善することが多く、ホルモン治療が続けられなくなることはほとんどありません。また抗がん剤の副作用でよくみられる吐き気や脱毛はほとんどみられません。その他の注意が必要な副作用としては肝臓機能障害や視力低下や血栓症(下肢の疼痛、腫脹、呼吸困難などの症状が出現することがあります。このような症状が出現した場合には薬を中止し、病院へ連絡をしてください)などがありますので定期的な血液検査や診察を行います。ホルモン療法によって精神的に落ち込む副作用がみられることもありますので、うつ的な気分がみられる場合には相談してください。

タモキシフェンには乳癌の増殖を抑える効果がありますが、子宮・卵巣に対しては一部刺激的作用がみられ、子宮筋腫の増大や子宮内膜増殖症、卵巣のう腫、子宮内膜癌

の発生などがみられることがあります。不正出血や下腹部の腫脹感(腫瘤)などがみられる場合医師、看護師に相談してください。そして症状がなくても婦人科検診は1年に1回受けるようにしてください。

アロマターゼ阻害剤についての説明

1) 治療内容

使用する薬剤はアロマターゼ阻害剤(アリミデックス(一般名アナストロゾール)、アロマシン(一般名エクゼメスタン)、フェマール(一般名レトロゾール)のいずれかひとつ)で、1日1回朝1錠を内服してください(5年間内服予定)。

2) 治療による効果

アロマターゼ阻害剤には閉経後女性の女性ホルモンを低下させる作用があり、結果として女性ホルモンによる乳癌の増殖を抑制する効果があります。これまでの研究で乳癌術後の再発の予防効果が認められています[その予防効果とは再発する危険のある患者さんを年間1/3-1/2(30-50%程度)減少させることと再発死亡する危険のある患者さんを年間約1/4(25%程度)減少させること]また対側乳癌や温存術後の新たな乳癌の発生も40-50%程度減少させます。また進行・再発乳癌においても臨床的有効性が30-60%の患者さんで認められています。

3) 治療に伴う副作用、危険性、合併症

治療に伴う主な副作用としては顔面のほてり、体熱感、肩こりなどの更年期症状が最も多くみられます。しかしこれらの症状はたとえ出現しても症状は軽く、そして徐々に改善することも多く、ホルモン治療が続けられなくなることはほとんどありません。また抗がん剤の副作用でよくみられる吐き気や脱毛の発生頻度は2-6%と少なく、その症状も軽度です。その他の注意が必要な副作用としては肝臓機能障害(症状としてはだるさ、全身倦怠感)や手指のこわばりや関節痛などがあります。そのような症状がみられる場合には診察時に相談してください。

その他の注意点としてはこの薬剤には骨がやや弱くなる副作用があります(骨折の危険性がやや増加する)。カルシウム分の摂取(基本的にはバランスのよい食事でカルシウム分の摂取にも配慮するのがいいと思います)と歩行等の運動刺激(1日15-20分ぐらいの歩行、できれば日中がいいです)で骨が弱くならないようにしてください。また、転倒しないようすることにも注意してください。もし背部痛や腰痛が強くなるようでしたら診察時に相談するようにしてください。また骨密度の検査を行った場合にはその結果を外来で医師にお知らせください。このホルモン剤には子宮・卵巣の刺激作用はなく、卵巣のう腫や子宮内膜癌の増加などはないとされていますが、もし不正出血や下腹部の腫脹感(腫瘍)などがみられる場合医師、看護婦に相談してください。

連携中の診療メモ (かかりつけ施設・手術施設 兼用)

年月日		サイン

連携中の診療メモ (かかりつけ施設・手術施設 兼用)

年月日		サイン

連携中の診療メモ (かかりつけ施設・手術施設 兼用)

年月日		サイン

連携中の診療メモ (かかりつけ施設・手術施設 兼用)

年月日		サイン

連携中の診療メモ (かかりつけ施設・手術施設 兼用)

年月日		サイン

連携中の診療メモ（かかりつけ施設・手術施設 兼用）

年月日	サイン

この手帳の使い方について

- 1) 連携元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下さい。
 - a) 5 ページ目；手術記録
 - b) 6 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) 患者さんは手帳を受け取ったら、下記の部分についてご記入下さい。
 - a) 3 ページ目；お名前など
 - b) 4 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。また、お薬手帳がある方は記載不要です。）
- 3) かかりつけ医ならびに連携元病院の担当医は、患者さんが受診される際に次のように記載をお願いします。（病診連携シートに診療内容等を記載される場合にはこの手帳は検査予定等の確認のみに使用することも可能です）。
 - a) 診察した日（確認日）の日付記載ならびにサイン（又は印）
 - b) 任意検査を行った場合は、項目のところにチェック
 - c) 内服のホルモン剤の服用がある場合は、受診時にチェック
 - d)（連携元病院の場合）1 年毎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) 診察を行った際に、問題があること、また、かかりつけ医／専門病院に伝達が必要な項目がある場合は、“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。
 - f) かかりつけ医・連携元病院の担当医のいずれかが、連携中に継続的に注釈が必要なものについては、22-27 ページ目の“連携中の診療メモ”にそれを記載してください。
 - g) 内分泌治療を行っている場合、終了した場合はそのところに終了日をわかりやすく備考に記載して下さい。