

お名前 \_\_\_\_\_

病院ID \_\_\_\_\_

手術日 \_\_\_\_\_

手術術式 温存・乳切 / 郭清・センチネルのみ

担当医 \_\_\_\_\_

	内 容		実施時期	10年目以降	必要時(病院へ)	
					年 月 日	
自己チェック	乳房自己検診		毎月		<input type="checkbox"/>	
	体重		毎月		<input type="checkbox"/>	
必須で行う検査 (年1回)	問診	気になる症状の有無		毎回	<input type="checkbox"/>	
		痛みの有無		毎回	<input type="checkbox"/>	
		月経		毎回	<input type="checkbox"/>	
		ホルモン剤の副作用 (内服中の場合)		毎回	<input type="checkbox"/>	
	視触診	手術をした領域のしこり・皮膚の赤み・リンパ節のはれ等		毎回		<input type="checkbox"/>
		反対側の領域のしこり・皮膚の赤み・リンパ節のはれ等		毎回		<input type="checkbox"/>
	(手術をした領域) 腕 肩関節	腕	むくみ、炎症	毎回		<input type="checkbox"/>
		肩関節	運動障害、痛み	毎回		<input type="checkbox"/>
検査	マンモグラム		1年毎	<input type="checkbox"/>		
望ましい検査	検査	骨密度		定期的		<input type="checkbox"/>
		婦人科検診		定期的		<input type="checkbox"/>
		特定検診等		定期的		<input type="checkbox"/>
症状がある場合に行う検査 (必要時)	検査	乳腺エコー		必要時	年 月 日	
		血液検査、生化学検査		必要時	年 月 日	
		腫瘍マーカー (CEA, CA15-3)		必要時	年 月 日	
		胸部Xp		必要時	年 月 日	
		胸腹部CT		必要時	年 月 日	
		骨シンチ		必要時	年 月 日	
		その他		必要時	年 月 日	
コメント						