

患者	ふりがな	_____	生年月日	T S H 年 月 日
	氏名		初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

術 後 連 携 計 画

術 後	受診施設	診 療 内 容	結 果
0 年	3ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	6ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	9ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	1年目 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
1 年	3ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	6ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	9ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	2年目 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり

FAXの送信先:

患者	ふりがな	_____	生年月日	T S H 年 月 日
	氏名		初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

術 後 連 携 計 画

術 後	受診施設	診 療 内 容	結 果
2 年	3ヶ月 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6ヶ月 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9ヶ月 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	3年目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3 年	3ヶ月 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6ヶ月 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9ヶ月 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	4年目 年 月 日 <input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日 <input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

FAXの送信先:

患者	ふりがな	_____	生年月日	T S H 年 月 日
	氏名		初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

術 後 連 携 計 画

術 後	受 診 施 設	診 療 内 容	結 果
4 年	3ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	6ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	9ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	5年目 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
5 年	3ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	6ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	9ヶ月 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	6年目 年 月 日 □ 計画策定病院	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり
	" 年 月 日 □ 連携医療機関	■ 診察 □ 処方 □ 採血 □ MMG □ 乳房 US □ 胸写 □ 腹 US □ CT □ 骨シンチ □ 骨密度	異常 □ なし □ あり

FAXの送信先:

患者	ふりがな	_____	生年月日	T S H 年 月 日
	氏名		初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

術 後 連 携 計 画

術 後		受 診 施 設	診 療 内 容	結 果
6 年	3ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	7年目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
7 年	3ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	8年目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

FAXの送信先:

患者	ふりがな	_____	生年月日	T S H 年 月 日
	氏名		初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

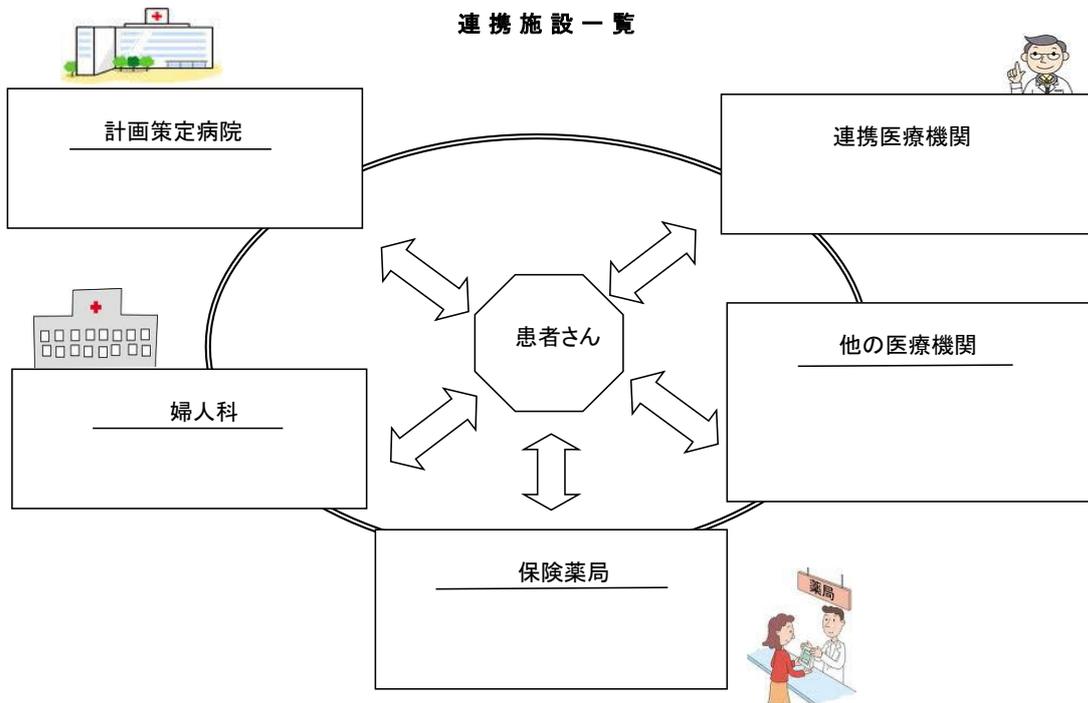
術 後 連 携 計 画

術 後		受 診 施 設	診 療 内 容	結 果
8 年	3ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9年目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
9 年	3ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	6ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	9ヶ月 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	10年目 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	" 年 月 日	<input type="checkbox"/> 連携医療機関	■ 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> 乳房 US <input type="checkbox"/> 胸写 <input type="checkbox"/> 腹 US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 骨密度	異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

FAXの送信先:

患者	ふりがな	_____	生年月日	T S H 年 月 日
	氏名	_____	初発時年齢	歳 閉経 (前 後)

術 後 連 携 計 画



FAXの送信先: