# 【患者さま用】　乳がん術後　診療スケジュール表　（術後1～5年目）

○は必須項目，他は必要時に行います

| | 術後経過年数 | | 6ヶ月 | | 1年 | | 1年6ヶ月 | | 2年 | | 2年6ヶ月 | | 3年 | | 3年6ヶ月 | | 4年 | | 4年6ヶ月 | | 5年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 診療内容 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 問診 | 痛み、発熱、上肢のむくみの有無，その他の症状を確認します． | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 視触診 | 患部側の乳房，肩関節の運動障害，対側の乳房視触診して，合併症や再発の有無を確認します． | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ |
| 検査 | 血液検査（肝/腎機能，腫瘍マーカー等をみます） | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ |
| | マンモグラフィー（残存乳房の異常の有無をみます） | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ |
| | 胸部レントゲン（肺に異常な影がないかをみます） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ＣＴ検査または腹部エコー検査（転移の有無をみます） | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ |
| | 骨シンチ（骨の転移の有無をみます） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 骨密度測定（主にｱﾛﾏﾀｰｾﾞ阻害剤の副作用管理です） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他（MRI，PETなど） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 抗エストロゲン剤（ＴＡＭ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アロマターゼ阻害剤（ＡＩ剤） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LH-RHアゴニスト（皮下注射） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 説明 | 検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 【患者さま用】　乳がん術後　診療スケジュール表　（術後6～10年目）

○は必須項目，他は必要時に行います

| | 術後経過年数 | | 5年<br>6ヶ月 | | ６年 | | ６年<br>6ヶ月 | | ７年 | | ７年<br>6ヶ月 | | ８年 | | ８年<br>6ヶ月 | | ９年 | | ９年<br>6ヶ月 | | 10年 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 診療内容 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 問診 | 痛み、発熱、上肢のむくみの有無，その他の症状を確認します． | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 視触診 | 患部側の乳房，肩関節の運動障害，対側の乳房視触診して，合併症や再発の有無を確認します． | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ |
| 検査 | 血液検査<br>（肝/腎機能，腫瘍マーカー等をみます） | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ |
| | マンモグラフィー<br>（残存乳房の異常の有無をみます） | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ | | | | ○ |
| | 胸部レントゲン<br>（肺に異常な影がないかをみます） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ＣＴ検査または腹部エコー検査<br>（転移の有無をみます） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 骨シンチ<br>（骨の転移の有無をみます） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 骨密度測定<br>（主にｱﾛﾏﾀｰｾﾞ阻害剤の副作用管理です） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | その他<br>（MRI，PETなど） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | 抗エストロゲン剤（ＴＡＭ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | アロマターゼ阻害剤（ＡＩ剤） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LH-RHアゴニスト（皮下注射） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 説明 | 検査結果についての説明や副作用、合併症の対処方法を確認します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |