

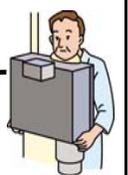
氏名 () 様 (乳房疾患 地域連携パス)

達成目標

- ・日常生活を安楽に送る
- ・定期的に受診することができる
- ・異常を自覚し受診することができる

病院名:
診療科: 内科・外科・()
主治医:
連絡先: 時間内: 0848-
時間外(休日・夜間)

かかりつけ医
医師名
連絡先 TEL

月日	退院日～近日中	1ヶ月	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	1年	2年	3年	4年	5年				
	かかりつけ医受診日 					12	6	12	6	12	6	12	6	12
	病院受診日 													
診察	紹介状・検査結果・レントゲンをもってかかりつけ医にお渡し下さい 退院日か2～3日中にお渡し下さい。													
検査	血液 胸部CT シンチorPET 腹部エコー 													
栄養 食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 体重測定をしましょう													
活動 移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 () 手術を受けた方の手は長時間さげたままにしないようにしましょう 血圧測定・注射は手術をしていない上腕で受けましょう。 リハビリを続けましょう 手術後6ヶ月位は重たい物は持たないようにしましょう													
清潔	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他 () 手術後6ヶ月位は重たい物は持たないようにしましょう 長風呂に注意しましょう													
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> その他 ()													
備考	★次のような症状があれば、早めにかかりつけ医に相談しましょう。 ・腕の腫れ・痛み・しこり・皮膚の赤み・疲れやすい・食欲がない ★自己判断で薬を飲むのを止めたりしないようにしましょう  													