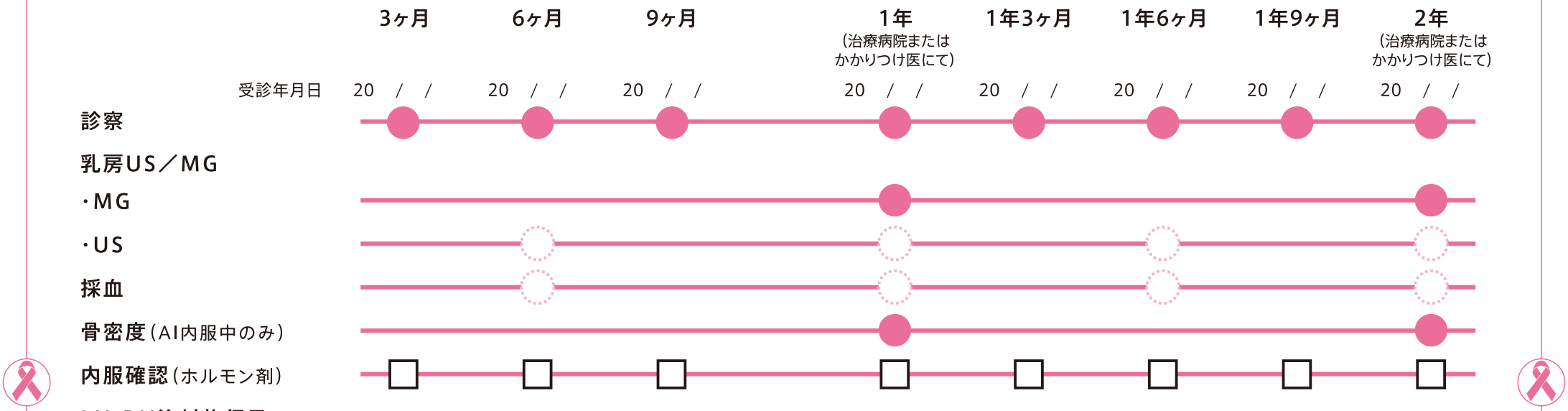
診療予定表

名　　前：＿＿＿＿＿＿＿＿

治療病院ID：＿＿＿＿＿＿＿＿

● 必須
○ 任意
□ 服用がある場合チェック



LH-RH注射施行日

20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他

コメント
（説明・指導）

サイン

診療予定表

名　　前：＿＿＿＿＿＿＿＿

治療病院ID：＿＿＿＿＿＿＿＿

● 必須
◌ 任意
□ 服用がある場合チェック

	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年（治療病院またはかかりつけ医にて）	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年（治療病院またはかかりつけ医にて）
受診年月日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
診察	●	●	●	●	●	●	●	●
乳房US／MG								
・MG				●				●
・US		◌		◌		◌		◌
採血		◌		◌		◌		◌
骨密度（AI内服中のみ）				●				●
内服確認（ホルモン剤）	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射施行日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他
コメント（説明・指導）								
サイン								

診療予定表

名　　前：＿＿＿＿＿＿＿＿

治療病院ID：＿＿＿＿＿＿＿＿

● 必須
◌ 任意
□ 服用がある場合チェック

	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年（治療病院またはかかりつけ医にて）	5年3ヶ月	5年6ヶ月	5年9ヶ月	6年（治療病院またはかかりつけ医にて）
受診年月日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
診察	●	●	●	●	●	●	●	●
乳房US／MG								
・MG				●				●
・US		◌		◌		◌		◌
採血		◌		◌		◌		◌
骨密度（AI内服中のみ）				●				●
内服確認（ホルモン剤）	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射施行日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他
コメント（説明・指導）								
サイン								

診療予定表

名　　前：＿＿＿＿＿＿＿＿

治療病院ID：＿＿＿＿＿＿＿＿

● 必須
◌ 任意
□ 服用がある場合チェック

	6年3ヶ月	6年6ヶ月	6年9ヶ月	7年（治療病院またはかかりつけ医にて）	7年3ヶ月	7年6ヶ月	7年9ヶ月	8年（治療病院またはかかりつけ医にて）
受診年月日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
診察	●	●	●	●	●	●	●	●
乳房US／MG								
・MG				●				●
・US		◌		◌		◌		◌
採血		◌		◌		◌		◌
骨密度（AI内服中のみ）				●				●
内服確認（ホルモン剤）	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射施行日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他
コメント（説明・指導）								
サイン								

診療予定表

名　　前：＿＿＿＿＿＿＿＿

治療病院ID：＿＿＿＿＿＿＿＿

● 必須
○ 任意
□ 服用がある場合チェック

	8年3ヶ月	8年6ヶ月	8年9ヶ月	9年（治療病院またはかかりつけ医にて）	9年3ヶ月	9年6ヶ月	9年9ヶ月	10年（治療病院またはかかりつけ医にて）
受診年月日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
診察	●	●	●	●	●	●	●	●
乳房US／MG								
・MG				●				●
・US		○		○		○		○
採血		○		○		○		○
骨密度（AI内服中のみ）				●				●
内服確認（ホルモン剤）	□	□	□	□	□	□	□	□
LH-RH注射施行日	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /	20 / /
	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他	□治療病院 □かかりつけ医 □その他
コメント（説明・指導）								
サイン								

これ以後は1年に1回　乳房の定期的検査をお受けください。