



わたしの手帳  
my note

## はじめに

甲状腺がんは、比較的予後の良いがんといわれ、長く向き合っていく必要があります。

たとえ進行していても病状に応じた治療法がありますから、けっしてくじけることなく治療を続けてください。

甲状腺がんの治療法はどんどん進歩し、治療に対する考え方がずいぶん変わってきています。医師や看護師の説明をよく聞き、また、ご自分の希望を伝えながら、ひとつひとつ納得しながら治療をすすめていきましょう。

### あなたのお名前

お名前

生年月日 年 月 日

### 病院の記録

#### 手術を受けた施設

受診開始 年 月から受診

施設名

TEL ( — — ) FAX ( — — )

#### 術後の治療施設

受診開始 年 月から受診

施設名

TEL ( — — ) FAX ( — — )

#### かかりつけ医（連携医療機関）

受診開始 年 月から受診

施設名

TEL ( — — ) FAX ( — — )

#### かかりつけ薬局

受診開始 年 月から受診

施設名

TEL ( — — ) FAX ( — — )

## も く じ

- ❖ がん診療と地域連携クリティカルパスについて ..... 02
- ❖ 甲状腺がん診療を正しく受けていただくために ..... 04
- ❖ 日常生活で気をつけること ..... 06
- ❖ あなたの甲状腺がんの状態を知っておきましょう ..... 08
- ❖ あなたの甲状腺がん治療情報 ..... 10
- ❖ 甲状腺がん術後の検査治療連携計画書 ..... 16
- ❖ 術後の治療計画 ..... 18
- ❖ 正しい情報を活用しましょう ..... 26

## この手帳をお使いになるあなたへ

これから甲状腺がんという病気を乗り越えていくためには、あなた自身が病気についてよく理解しておくことが大切です。

この「わたしの手帳 my note」は、あなたを中心に検査や治療に関係する全ての医療者が、検査結果や治療方針を理解したうえで、あなたにとって最善の検査や治療を行っていくための診療計画です。

- 受診の際は忘れずに携帯し、自分の状態などについて書きとめておきましょう
- 記入が難しいところは、医師や看護師に記入してもらいましょう
- 気になることや疑問・質問があれば、自己チェック欄やメモ欄に書きとめ、医師などに尋ねるようにしましょう

## がん診療と地域連携クリティカルパスについて

- がん医療では、「手術を行う病院」，「日常的によく見られる疾患の治療や継続的な健康管理を行う病院・診療所」，「緩和ケアを行う医療機関」など，それぞれが専門的に取り組む分野に応じて役割分担し，地域全体でお互いに連携しながら患者さんや家族を支える仕組みに変わってきています。
- 医療連携を円滑なものにするために地域連携クリティカルパス（地域連携パス）である「わたしの手帳 my note」を作りました。これは，あなたが複数の医療機関にかかっても，共通化された診療や検査，治療，経過観察の計画に沿って，継続した医療を受けることができるように，手術を行った病院と地域の医療機関とで作成する共同の診療計画表です。
- 「手術を行う病院」では，あなたの療養生活や診療の方針にあっているかを検討した結果，「地域連携パス」を利用したほうが良いと判断した場合に利用をお勧めします。

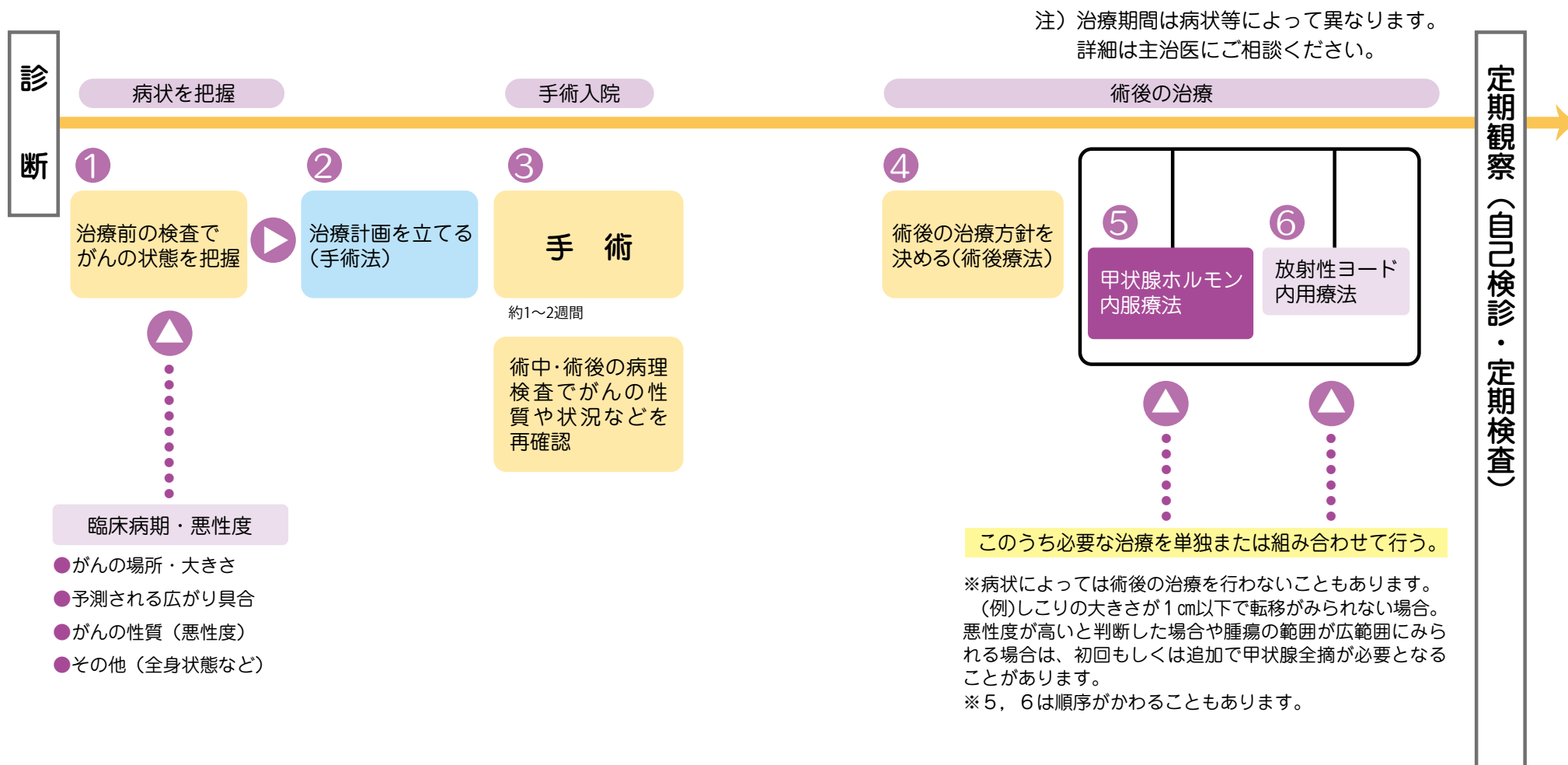
あなたとご家族と十分にご相談しながら，「地域連携パス」の利用をすすめますので，あなたの治療方針に対しての希望をお話してください。「地域連携パスを利用しないこと」や「途中で中止したこと」によって不利益を受けることはありません。
- 「地域連携パス」を利用していただいた場合でも，術後の病気の状態によっては「地域連携パス」による診療の連携を中止することもあります。
- 治療を受ける中で，不明なことや心配なことがあった場合は，いつでも医師や看護師等に相談をしてください。

MEMO

# 甲状腺がん診療を正しく受けていただくために

## 甲状腺がんの治療の流れを確認しておきましょう

甲状腺がんの治療は多くの場合、長い年月を要します。その治療は基本的には一人ひとり異なるのですが、まずは全体の治療の流れを理解しておきましょう。今後予定している治療の流れを主治医に確認し、その治療による利点や欠点などを十分話し合いながら治療を進めていくことが大切です。



## 日常生活で気をつけること

### 定期的な診察や検査に行きましょう

甲状腺がんの手術後の経過観察は最低でも 10 年、可能であれば 20 年以上できるだけ長期間行います。

手術後の診察や検査の間隔は、術後の状態によって異なりますので、主治医の指示に従って決められた日に受診しましょう。

受診の日は、頸部の診察やエコー検査を受けやすい様に、襟元を大きく開けられる服装にしましょう。タートルネック（徳利襟）の服は好ましくありません。

穿刺吸引細胞診が必要となる場合があります。抗血小板剤や抗凝固剤を服用されている方、血液疾患を有している方は申し出て下さい。

### 指示された薬は忘れずに服用しましょう

甲状腺ホルモンが不足すると、疲れやすい、食欲がない、むくみやすいなどの症状が現れることがあります。副甲状腺をあわせて摘出した場合には、血液中のカルシウム濃度が低下し、手足がしびれるなどの症状が出る場合があります。

病院で処方された薬は、甲状腺ホルモン剤やカルシウム剤など、手術後の状態を安定させるためや手術後の治療効果を高めるために必要なものです。

薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用しましょう。薬の服用は、自分で勝手に中止しないでください。

薬を飲んで副作用や気になることがあれば、医師又は看護師、薬剤師にご相談ください。

### 悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して検査や治療を続けていくためには、家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と向き合う気持ちが大切です。

不安や悩みはあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんは、たくさんいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。

また、多くの医療者が、あなたの周囲にいますので、病気のことで悩みがある場合は早めに相談してください。

日常生活  
での注意  
点

## 日常生活での創（きず）の痛み等への対策

手術後は、創（きず）の痛みやしびれ、しめつけ感、飲み込みにくさ、嘔声（声がれ）などが続くことがあります。これらの症状は多くの場合、時間の経過とともに少しずつ治まっていきます。日常生活の中での対処方法等を知っておきましょう。

### 手術後に創（きず）の痛みがある時は、主治医に相談しましょう！

- 痛みがある時は、我慢をしないで、医師や看護師に伝えましょう。痛みの状態に応じた処置（痛み止めの薬の服用など）を受けることができます。
- 創の赤みや腫れは、次第におさまっていきます。創をきれいに治すため、手術後 1～2 ヶ月間はできるだけ直射日光を避ける様にしましょう。

### 健康的で規則正しい生活を送りましょう！

- 運動を開始する時期や仕事への復帰は、主治医と相談しましょう
- バランスの良い食事をとりましょう  
原則として食事の内容には特に制限はありません  
適量であれば飲酒も可能です  
飲み込みにくさ、むせやすさのある方は、早食いを避け、よく噛んでゆっくり食べるようにしましょう  
水やお茶などの液体は特にむせやすいので注意しましょう
- 妊娠・出産を希望される場合は、主治医と相談しましょう

### 次のような症状が現れた場合は、自分で判断せずに、すぐに受診しましょう！

- 息苦しさ
- 嘔声（声がれ）
- 飲み込みにくさ
- 首のしこり
- 手術の創（きず）が赤くなったり、腫れてきた時

※参考：がんの冊子 各種がんシリーズ「甲状腺がん」国立がんセンターがん対策情報センター  
甲状腺腫瘍診療ガイドライン 日本内分泌外科学会 日本甲状腺外科学会

# あなたの甲状腺がんの状態を知っていきましょう

## 術後の病理診断について

手術で切除した組織は、組織標本として顕微鏡で詳しく調べます。これを術後の「病理診断」といいます。

「病理診断」は、がんの性質や状態を知るために欠かせないもので、ここでの結果が術後の治療計画を立てる大切な情報源になります。

また、再発の可能性を予測し、病理診断の結果に応じた薬物療法の考え方も示されていますので、術後の病理診断の結果を医師に確認し、その内容を 14、15 ページの表に正確に記録しておくといでしょう。

## あなたが受ける治療について

術後の治療法には、「放射線療法」「内分泌療法」「化学療法」があり、これらの治療の中から最も有効な治療を選択し、必要に応じてこれらを組み合わせて術後の治療を進めていきます。

術後の治療は、10 年以上にも及ぶような長い期間が必要になることが多いので、主治医と十分話し合い、確認しながら確実に治療を続けていきましょう。

## 甲状腺がんの臨床病期と治療（概略）

| 治療方法             | 臨床病期（期） |    |     |      |      |      |
|------------------|---------|----|-----|------|------|------|
|                  | I       | II | III | IV A | IV B | IV C |
| 手術治療             | ○       | ○  | ○   | ○    | ○    | ○    |
| 放射線治療（外照射）       |         |    |     | △    | △    | △    |
| 放射線治療（内照射）       |         |    |     | △    | ○    | ○    |
| 内分泌療法            | △       | ○  | ○   | ○    | ○    | ○    |
| 化学療法<br>（抗がん剤治療） |         |    |     | △    | △    | △    |
| 緩和ケア             |         |    |     |      | △    | △    |

参考：甲状腺腫瘍診療ガイドライン2010年版、頭頸部癌診療ガイドライン2013年版

○：施行される可能性がある治療。

△：あなたの状態に合わせて行われる治療。

## 甲状腺がん術後診療の役割分担表

診断治療施設（手術施設）と地域のかかりつけ医（フォローアップ施設など）が連携して、安全で質の高い医療を提供するために役割を分担しています。

かかりつけ医が日々の診察と薬の処方などを担当。

診断治療施設（手術施設）が節目（3～6 ヶ月に 1 回）の診察や検査を行います。

| 区 分  | 診断治療施設<br>（手術を受けた医療機関）                           | 地域のかかりつけ医<br>（フォローアップ施設など）                            |
|------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 診 断  | 確定診断，精密診断<br>病期診断<br>再発時の診断                      | 初期診断<br>精密検査の必要性の判断<br>再発時の診断                         |
| 検 査  | 精密検査<br>（画像，採血）<br>経過観察のための検査                    | スクリーニング検査・精密検査<br>経過観察のための検査                          |
| 治 療  | 手術<br>症状緩和治療<br>経過観察                             | 日常の指導・管理<br>症状緩和治療とその継続<br>経過観察                       |
| 診療連携 | 診 察<br>定期精密検査<br>（画像，採血）<br>副作用・合併症の対応<br>再発時の対応 | 診察<br>経過観察のための日常的検査<br>（主に採血）<br>副作用・合併症の対応<br>再発時の対応 |

# あなたの甲状腺がん治療情報

## 【治療】

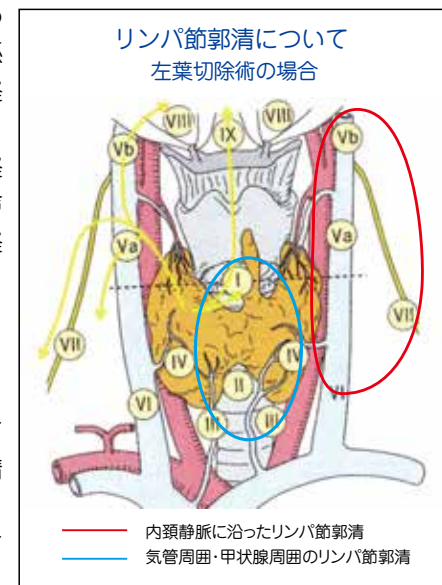
甲状腺がんの治療には、手術（外科治療）、内分泌療法（ホルモン療法）、放射線療法（アイソトープ治療など）、抗癌剤治療などがあります。これらは、甲状腺がんの種類や進行度に、患者さんの年齢や併発している病気などの全身状態を考慮して決定します。放射線治療や抗癌剤治療が奏功する悪性リンパ腫や悪性度の高い未分化がんを除き、甲状腺がんの多くは手術（外科治療）が基本となります。なお、甲状腺がんの治療法に関しては、日本内分泌外科学会と日本甲状腺外科学会が、2010年に甲状腺腫瘍診療ガイドラインを作成しています。また、日本内分泌外科学会と日本甲状腺外科学会は、専門医の認定を行っており、患者さんが手術を受けていただく際の一つの目安となります。

表は、甲状腺がんの大まかな治療法を示したものです。

| 癌の種類    | 主たる治療法                                                                     |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| 乳 頭 癌   | （癌が片側葉に局限している場合）<br>甲状腺葉切除＋リンパ節郭清                                          |
| 濾 胞 癌   | （癌が両葉に及んでいる場合）<br>甲状腺全摘＋リンパ節郭清<br>＊内分泌療法を付加することもある<br>＊進行癌の場合は、アイソトープ治療を付加 |
| 髄 様 癌   | （遺伝性の場合）<br>甲状腺全摘＋リンパ節郭清<br>（非遺伝性の場合）<br>甲状腺葉切除もしくは全摘術＋リンパ節郭清              |
| 未 分 化 癌 | 化学療法、放射線外照射、手術を組み合わせた集学的治療                                                 |
| 悪性リンパ腫  | 放射線外照射、化学療法                                                                |

## 【手術療法】（外科治療）

乳頭癌、濾胞癌、髄様癌では、手術療法が基本となります。甲状腺は、大まかに言って、右（右葉）と左（左葉）に分かれています。手術は、甲状腺の片葉を切除する葉切除、甲状腺の2/3以上を切除する甲状腺亜全摘術、甲状腺を全て切除する全摘術に分けられます。癌が片葉に局限している場合は、葉切除術、癌が両葉に及んでいる場合は、亜全摘術もしくは全摘術、他の臓器に転移がある場合は、アイソトープ治療のため全摘術が選択されます。発声に関係する声帯の運動に関わる反回神経は、原則、癌が浸潤している場合は、切除します。その場合は、反回神経の麻痺を来し、声がかすれます。声のかすれを軽減するため、反回神経の再建を試みている施設もあります。癌は、リンパ節転移を来することがあるので、気管・甲状腺周囲のリンパ節を切除（リンパ節郭清）します。進行している甲状腺癌に対しては、内頸静脈に沿ったリンパ節郭清も行います。郭清するリンパ節は、甲状腺癌取り扱い規約に定められています。



## 【放射線治療】

放射線治療は、高エネルギーのX線やその他の放射線を用いて、癌細胞にダメージをあたえる治療です。放射性ヨードの内用療法（アイソトープ治療）は、甲状腺がん特有の放射線治療です。甲状腺の組織がヨードを取り込む性質があることを用いたものです。アイソトープ治療を行う際には、甲状腺を全部摘出している必要があります。甲状腺を全部摘出した後に放射性ヨードを内服すると、甲状腺がんの転移、再発があった場合、その部分に特異的に放射性ヨードが取り込まれて、癌細胞にダメージを与えます。乳頭癌と濾胞癌の再発や転移に対して、効果が期待できます。

未分化癌や悪性リンパ腫に対しては、放射線を体外から照射（外照射）を行います。また、乳頭癌や濾胞癌で、骨に転移した場合には、痛みを抑えるために外照射を行うことがあります。

#### \*放射性ヨード内用療法の注意点

放射性ヨード内用療法は、より多くの放射性ヨードを甲状腺癌に取り込ませて、治療効果をあげるために、ヨードを多く含む食事（海藻類）の摂取制限や甲状腺ホルモン剤の内服中止を行う必要があります。また、放射性ヨードを内服すると、しばらくの間は、放射線を放出しますので、密封小線源治療室のある病院に入院していただく必要があります。広島県では、広島大学病院に密封小線源治療室があります。

#### 【内分泌療法】（ホルモン療法）

甲状腺全摘術を受けたり、切除によって甲状腺機能が低下した場合は、甲状腺ホルモンの補充が必要となります。甲状腺ホルモンが十分でない場合は、甲状腺ホルモンの分泌を促すため、甲状腺刺激ホルモン（TSH）が分泌されます。TSHは、本来は、甲状腺を刺激して（鞭打って）甲状腺ホルモンを分泌させる働きを担っていますが、同時に甲状腺癌細胞の増殖や再発を促す働きがあります。内分泌療法（ホルモン療法）では、このTSHの分泌を抑えるように、甲状腺機能をモニターしながら、十分な量の甲状腺ホルモンを投与します。進行癌や再発リスクの高い場合には、TSHを出来るだけ低値になるようにします。

#### 【抗癌剤治療】

乳頭癌や濾胞癌では、手術療法が有効であり、抗癌剤治療は、あまり行われませんでした。手術不能症例やアイソトープ治療で効果がなくなるとに行われる場合があります。近年、新規抗癌剤が承認を得ました（トピックスを参照）。悪性リンパ腫は、複数の抗癌剤を組み合わせた治療が奏功します。未分化癌は、放射線療法などと組み合わせた集学的治療を行います、予後は良くありません。

#### 【外来診察】

治療を行った後の体調や再発の有無を確認するために、定期的に通院していただく必要があります。特に、乳頭癌や濾胞癌は、10年を経過しても再発する可能性があります。長期に経過を診ていく必要があります。甲状腺全摘術を受

けたり、甲状腺機能が低下した患者さんには、甲状腺ホルモン剤の内服が必要になります。手術後は、進行度や甲状腺ホルモン剤の内服の有無によりですが、3～6か月ごとの診察が必要です。外来診察の内容は、一般的な診察（問診、視診、触診）のほか、必要に応じて血液生化学検査（甲状腺機能検査を含む）、超音波検査（エコー）、CT、MRI、PET-CT検査、シンチグラフィ検査などを行います。

#### 【転移・再発】

転移とは、癌細胞がリンパや血液の流れに乗って、別の組織に移動して、そこで増殖することを言います。手術の時点では見つけられなくても、その時点ですでに癌細胞が他の臓器に移動している可能性があります。また、再発とは、治療により目に見える癌が無くなった後に、再び癌が出現することを言います。乳頭癌では、甲状腺やその周辺のリンパ節での局所再発が多いです。濾胞癌は、肺などの遠隔臓器への転移を来すことがあります。

転移や再発は、それぞれの患者さんで状態が異なります、癌の広がりや、転移・再発の時期、これまでの治療などを踏まえて、総合的に治療法を考慮する必要があります。

#### 【緩和ケア】

甲状腺癌は、一般的に悪性度が低く、生命予後も良好です。しかし、甲状腺未分化癌は、極めて悪性度が高く、急速に進行します。甲状腺癌が度々再発を繰り返して未分化転化した場合も同様となります。集学的治療を受けることが、多いですが予後は、良くはありません。全身状態が悪くなった場合には、痛みや倦怠感を和らげる緩和ケアが主となります。

#### トピックス

甲状腺癌に対する新規抗癌剤が承認を取得しました。（2014年6月：ネクスパール、2015年5月：レンビマ）。癌のチロシンキナーゼという酵素を阻害する分子標的治療薬といわれる新しい概念の抗癌剤です。効能・効果として、「根治切除不能な甲状腺癌（ネクスパールは、分化型甲状腺癌）」の承認を取得しました。臨床試験では、無増悪生存期間の延長が認められましたが、生存期間の改善は、認められていません。具体的な適応としては、①切除不能の再発・進行甲状腺癌（ネクスパールは、分化型）、②アイソトープ治療が無効、③病勢が進行している、の3点を満たすものが考えられます。副作用としては、下痢、手足症候群や皮疹などの皮膚症状、高血圧などがあります。実臨床での有効性の評価は、定まっていません。また、重篤な合併症もあり、適応は慎重に考慮する必要があります。治療法はさまざまですので、主治医としっかり相談しましょう。

\*分化型甲状腺癌：未分化癌を除く、乳頭癌、濾胞癌、髄様癌のことを指します。

## あなたが受けた手術（1回目）

| 手術                                                                                                                                    |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 手術日                                                                                                                                   | 年 月 日                                                                             |
| 手術方法                                                                                                                                  | 開創手術 ・ 内視鏡手術                                                                      |
| 術式                                                                                                                                    |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺部分切除<br><input type="checkbox"/> (左・右)切除<br><input type="checkbox"/> 亜全摘術<br><input type="checkbox"/> 全摘術 |  |
| リンパ節郭清                                                                                                                                | なし・あり（気管・甲状腺周囲リンパ節, 内頸静脈リンパ節）                                                     |

## 手術後の病理診断結果

| 組織型                                    |                 |             |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|
| （がんの浸潤部の）しこりの大きさ                       |                 | cm          |
| 転移                                     | リンパ節            | なし・あり（ ）    |
|                                        | 甲状腺以外の臓器（遠隔臓器）  | なし・あり（臓器名 ） |
| 浸潤                                     | E×0 ・ E×1 ・ E×2 | 浸潤臓器（ ）     |
| ステージ I ・ II ・ III ・ IV A ・ IV B ・ IV C |                 |             |

## 手術後の治療

| 放射線療法（定位放射線治療等）    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 部位：                | （ Gy ）            |
| 年 月 日 ～ 年 月 日      |                   |
| アイソトープ治療           |                   |
| 年 月 日～ 年 月 日（ mCi） |                   |
| 年 月 日～ 年 月 日（ mCi） |                   |
| 内分泌療法（TSH 抑制療法）    |                   |
| 薬剤名：               | 年 月 日～ 年 月 日（ mg） |
| 薬剤名：               | 年 月 日～ 年 月 日（ mg） |
| その他の治療             |                   |
|                    |                   |

## あなたが受けた手術（2回目）

| 手術                                                                                                                                    |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 手術日                                                                                                                                   | 年 月 日                                                                               |
| 手術方法                                                                                                                                  | 開創手術 ・ 内視鏡手術                                                                        |
| 術式                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺部分切除<br><input type="checkbox"/> (左・右)切除<br><input type="checkbox"/> 亜全摘術<br><input type="checkbox"/> 全摘術 |  |
| リンパ節郭清                                                                                                                                | なし・あり（気管・甲状腺周囲リンパ節, 内頸静脈リンパ節）                                                       |

## 手術後の病理診断結果

| 組織型                                    |                 |             |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|
| （がんの浸潤部の）しこりの大きさ                       |                 | cm          |
| 転移                                     | リンパ節            | なし・あり（ ）    |
|                                        | 甲状腺以外の臓器（遠隔臓器）  | なし・あり（臓器名 ） |
| 浸潤                                     | E×0 ・ E×1 ・ E×2 | 浸潤臓器（ ）     |
| ステージ I ・ II ・ III ・ IV A ・ IV B ・ IV C |                 |             |

## 手術後の治療

| 放射線療法（定位放射線治療等）    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 部位：                | （ Gy ）            |
| 年 月 日 ～ 年 月 日      |                   |
| アイソトープ治療           |                   |
| 年 月 日～ 年 月 日（ mCi） |                   |
| 年 月 日～ 年 月 日（ mCi） |                   |
| 内分泌療法（TSH 抑制療法）    |                   |
| 薬剤名：               | 年 月 日～ 年 月 日（ mg） |
| 薬剤名：               | 年 月 日～ 年 月 日（ mg） |
| その他の治療             |                   |
|                    |                   |

甲状腺がん術後の検査治療連携計画書

★手術後 1 年に 1 回は、手術した病院で定期検査を受けましょう。  
★10 年目以降は、毎年 1 回甲状腺がん検診をうけましょう。

| 施設                   | 診断治療              | 診断治療 | 連携機関 | 診断治療 | 連携機関 | 診断治療 | 連携機関  | 診断治療 | 連携機関  | 診断治療 | 連携機関  |  | 診断治療 | 連携機関              | 診断治療 | 連携機関  | 診断治療 | 連携機関  | 診断治療 | 連携機関  | 診断治療 | 連携機関  | 診断治療 | 連携機関  |      |
|----------------------|-------------------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|-------|--|------|-------------------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
| 術後期間                 | 1-2 週             | 1 ヶ月 | 3 ヶ月 | 6 ヶ月 | 9 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  | 5年6ヶ月 | 6 年  | 6年6ヶ月 | 7 年  | 7年6ヶ月 | 8 年  | 8年6ヶ月 | 9 年  | 9年6ヶ月 | 10 年 |
| 達成目標                 | 手術前の生活に近づける       |      |      |      |      |      |       |      |       |      |       |  |      | 安定した生活を送れる        |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |      |
|                      | 再発がない・新たな病変の出現がない |      |      |      |      |      |       |      |       |      |       |  |      | 再発がない・新たな病変の出現がない |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |      |
| 問診・診察<br>P S*・体重     | ○                 | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     |  | ○    | ○                 | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     |      |
| 血液検査<br>(甲状腺ホルモン値測定) | ○                 | ○    | ○    | ○    | ○    | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     |  | ○    | ○                 | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     | ○    | ○     |      |
| 腫瘍マーカー<br>(Tg)       |                   |      | ○    | ○    | △    | ○    | △     | ○    |       | ○    |       |  | ○    |                   | ○    |       | ○    |       | ○    |       | ○    |       | ○    |       |      |
| 超音波検査<br>(US)        |                   |      | △    | ○    |      | ○    | △     | ○    | △     | ○    | △     |  | ○    | △                 | ○    |       | ○    |       | ○    |       | ○    |       | ○    |       |      |
| CT 検査                |                   |      |      |      |      | ○    |       | ○    |       | ○    |       |  | ○    |                   | ○    |       |      |       |      |       |      |       |      |       |      |
| 喉頭鏡検査                | ○                 | ○    |      | △    |      |      |       |      |       |      |       |  |      |                   |      |       |      |       |      |       |      |       |      |       |      |

○：必須 / △：必要時に実施  
● 診断治療施設（手術を受けた病院）と連携医療機関（地域のかかりつけ医）に受診する場合は、結果を持って受診してください。  
★ 腫瘍マーカー：サイログロブリン（Tg）、抗サイログロブリン抗体  
腫瘍マーカーの意義が少ない方には、行わないことがあります（行う必要がない方）。  
● 頸部（胸部）CT：診断治療施設ないし指定された施設で受けてください。  
● 上記以外の検査：  
穿刺吸引細胞診：甲状腺残存部の病変や新たに出現したリンパ節腫脹に行われることがあります。  
PET-CT は、時期に関係なく必要と判断された時期に行われます。  
※PS（Performance Status：PS）…パフォーマンスステータス、全身状態の指標の 1 つで、日常生活の制限の程度を示します。

# 術後 1 週～ 12 ヶ月の治療計画

目標：手術前の生活に近づける / 再発がない

## 自己チェック項目 ※ 嘔声・呼吸困難など気になる症状や体調について、記入しましょう。

| 気になる症状がある場合は、<br>受診して医師に相談しましょう |  | 1-2 週 | 1 ヶ月 | 3 ヶ月 |  | 6 ヶ月 | 9 ヶ月 | 12 ヶ月 |
|---------------------------------|--|-------|------|------|--|------|------|-------|
|                                 |  | 月 日   | 月 日  | 月 日  |  | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 気になる症状                          |  |       |      |      |  |      |      |       |
|                                 |  |       |      |      |  |      |      |       |

## 医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

| 術 後                |               |                                    | 1-2 週                              | 1 ヶ月                               | 3 ヶ月   |                                    | 6 ヶ月                               | 9 ヶ月                               | 12 ヶ月  |
|--------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| 受 診 日              |               |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日    |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日    |
| 診 察                |               |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
| ※検査                | 血液検査<br>甲状腺機能 | fT4                                |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | fT3                                |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | TSH                                |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | 腫瘍マーカー                             | Tg                                 |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 超音波検査(US)     |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 頸部・胸部CT       |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 必要時精密検査       | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |        | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |        |
|                    |               | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |        | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |        |
|                    | その他           | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |        | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |        |
| 症 状                | 頸部はれ・痛み       |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
|                    | 食欲低下・全身倦怠     |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
|                    | 体重減少          |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
|                    | 嚥下困難・むせ       |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
|                    | 嘔声            |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
|                    | 息苦しさ・咳        |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
|                    |               |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |                                    | - + ++                             | - + ++                             | - + ++ |
| 投 薬                | 内服状況確認        |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 併用薬チェック       |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
| 特記事項<br>(所見・説明事項等) |               |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |
| 備考<br>主治医名サイン欄     |               |                                    |                                    |                                    |        |                                    |                                    |                                    |        |

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

Tg: サイログロブリン

## MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

# 術後 1 年 6 ヶ月～ 4 年の治療計画

目標：手術前の日常生活に近づける/再発がない

## 自己チェック項目 ※嘔声・呼吸困難など気になる症状や体調について、記入しましょう。

| 気になる症状がある場合は、<br>受診して医師に相談しましょう |  | 1 年 6 ヶ月 | 2 年 | 2 年 6 ヶ月 |  | 3 年 | 3 年 6 ヶ月 | 4 年 |
|---------------------------------|--|----------|-----|----------|--|-----|----------|-----|
|                                 |  | 月 日      | 月 日 | 月 日      |  | 月 日 | 月 日      | 月 日 |
| 気になる症状                          |  |          |     |          |  |     |          |     |
|                                 |  |          |     |          |  |     |          |     |

## 医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

| 術 後                |               |                                    | 1 年 6 ヶ月                           | 2 年                                | 2 年 6 ヶ月 |                                    | 3 年                                | 3 年 6 ヶ月                           | 4 年    |
|--------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| 受 診 日              |               |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日      |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日    |
| 診 察                |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| ※検査                | 血液検査<br>甲状腺機能 | fT4                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | fT3                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | TSH                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | 腫瘍マーカー                             | Tg                                 |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 超音波検査(US)     |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 頸部・胸部CT       |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 必要時精密検査       | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |          | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |        |
|                    |               | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |          | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |        |
| その他                |               | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |          | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |        |
| 症 状                | 頸部はれ・痛み       |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 食欲低下・全身倦怠     |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 体重減少          |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 嚥下困難・むせ       |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 嘔声            |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 息苦しさ・咳        |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    |               |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
| 投 薬                | 内服状況確認        |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 併用薬チェック       |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| 特記事項<br>(所見・説明事項等) |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| 備考<br>主治医名サイン欄     |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

Tg: サイログロブリン

## MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

# 術後 4 年 6 ヶ月～7 年の治療計画

目標：安定した生活を送れる/再発がない・新たな病変がない

## 自己チェック項目 ※嘔声・呼吸困難など気になる症状や体調について、記入しましょう。

| 気になる症状がある場合は、<br>受診して医師に相談しましょう |  | 4 年 6 ヶ月 | 5 年 | 5 年 6 ヶ月 |  | 6 年 | 6 年 6 ヶ月 | 7 年 |
|---------------------------------|--|----------|-----|----------|--|-----|----------|-----|
|                                 |  | 月 日      | 月 日 | 月 日      |  | 月 日 | 月 日      | 月 日 |
| 気になる症状                          |  |          |     |          |  |     |          |     |
|                                 |  |          |     |          |  |     |          |     |

## 医療機関チェック項目 (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

| 術 後                |               |                                    | 4 年 6 ヶ月                           | 5 年                                | 5 年 6 ヶ月 |                                    | 6 年                                | 6 年 6 ヶ月                           | 7 年    |
|--------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| 受 診 日              |               |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日      |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日    |
| 診 察                |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| ※検査                | 血液検査<br>甲状腺機能 | fT4                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | fT3                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | TSH                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | 腫瘍マーカー                             | Tg                                 |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 超音波検査(US)     |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 頸部・胸部CT       |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 必要時精密検査       | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |          | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |        |
|                    |               | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |          | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |        |
| その他                |               | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |          | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |        |
| 症 状                | 頸部はれ・痛み       |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 食欲低下・全身倦怠     |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 体重減少          |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 嚥下困難・むせ       |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 嘔声            |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 息苦しさ・咳        |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    |               |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
| 投 薬                | 内服状況確認        |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 併用薬チェック       |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| 特記事項<br>(所見・説明事項等) |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| 備考<br>主治医名サイン欄     |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

Tg: サイログロブリン

## MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

## 術後 7 年 6 ヶ月～10 年の治療計画

目標：安定した生活を送れる/再発がない・新たな病変がない

 **自己チェック項目** ※嘔声・呼吸困難など気になる症状や体調について、記入しましょう。

| 気になる症状がある場合は、<br>受診して医師に相談しましょう |  | 7 年 6 ヶ月 | 8 年 | 8 年 6 ヶ月 |  | 9 年 | 9 年 6 ヶ月 | 10 年 |
|---------------------------------|--|----------|-----|----------|--|-----|----------|------|
|                                 |  | 月 日      | 月 日 | 月 日      |  | 月 日 | 月 日      | 月 日  |
| 気になる症状                          |  |          |     |          |  |     |          |      |
|                                 |  |          |     |          |  |     |          |      |

 **医療機関チェック項目** (受診している全ての医療機関で、記入してください。)

| 術 後                |               |                                    | 7 年 6 ヶ月                           | 8 年                                | 8 年 6 ヶ月 |                                    | 9 年                                | 9 年 6 ヶ月                           | 10 年   |
|--------------------|---------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------|
| 受 診 日              |               |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日      |                                    | 月 日                                | 月 日                                | 月 日    |
| 診 察                |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| ※検査                | 血液検査<br>甲状腺機能 | fT4                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | fT3                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | TSH                                |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    |               | 腫瘍マーカー                             | Tg                                 |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 超音波検査(US)     |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 頸部・胸部C T      |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 必要時精密検査       | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |          | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   | <input type="checkbox"/> 穿刺吸引細胞診   |        |
|                    |               | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |          | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 | <input type="checkbox"/> PET-CT 検査 |        |
| その他                |               | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |          | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       | <input type="checkbox"/> ( )       |        |
| 症 状                | 頸部はれ・痛み       |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 食欲低下・全身倦怠     |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 体重減少          |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 嚥下困難・むせ       |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 嘔声            |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    | 息苦しさ・咳        |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
|                    |               |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++   |                                    | － 十 ++                             | － 十 ++                             | － 十 ++ |
| 投 薬                | 内服状況確認        |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
|                    | 併用薬チェック       |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| 特記事項<br>(所見・説明事項等) |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |
| 備考<br>主治医名サイン欄     |               |                                    |                                    |                                    |          |                                    |                                    |                                    |        |

※検査は、適宜必要な間隔で行います。

Tg: サイログロブリン

## MEMO

あなたのメモ

かかりつけ医メモ

診断治療施設担当医メモ

薬、治療内容等の記載や治療に対する思い、気になること等の記載はメモ欄をご利用ください。

## 正しい情報を活用しましょう

がん医療に関する幅広い情報提供や相談支援を行っています。  
 気になったら、まず相談を

### がん診療連携拠点病院の「がん相談」担当窓口

|     | 医療機関名(担当部署)            | 電話番号                       | 所在地  |
|-----|------------------------|----------------------------|------|
| 国指定 | 広島大学病院(がん治療センター)       | (082)257-1525              | 広島市  |
|     | 県立広島病院(がん相談支援センター)     | (082)256-3561              | 広島市  |
|     | 広島市立広島市民病院(がん相談支援センター) | (082)221-1351              | 広島市  |
|     | 広島赤十字・原爆病院(がん相談支援センター) | (082)241-3477              | 広島市  |
|     | 広島市立安佐市民病院(がん相談支援センター) | (082)815-5533              | 広島市  |
|     | 広島総合病院(がん相談支援センター)     | (0829)36-3270              | 廿日市市 |
|     | 呉医療センター(がん相談支援センター)    | (0823)24-6358              | 呉市   |
|     | 東広島医療センター(がん相談支援センター)  | (082)423-2179<br>(内線:6227) | 東広島市 |
|     | 尾道総合病院(医療福祉支援センター)     | (0848)22-8111<br>(内線:3108) | 尾道市  |
|     | 福山市民病院(がん相談支援センター)     | (084)941-5151<br>(内線:3147) | 福山市  |
| 県指定 | 市立三次中央病院(がん相談支援センター)   | (0824)65-0101              | 三次市  |
|     | 呉共済病院(がん相談支援センター)      | (0823)22-2111<br>(内線:5160) | 呉市   |
|     | 中国労災病院(がん相談支援センター)     | (0823)72-7171              | 呉市   |
|     | 福山医療センター(がん相談支援センター)   | (084)922-0001<br>(内線:7137) | 福山市  |
|     | 中国中央病院(がん相談支援センター)     | (084)970-2284              | 福山市  |

★病院によっては、予約が必要な場合もありますので、事前にご確認ください。

### 広島県のがん情報

広島県のがんに関するお役立ち情報『広島がんネット』

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/>

県内の患者団体等が開催する患者サロンの情報も掲載しています。

広島がんネット

検索



### 県内のがん患者団体（「広島がんネット」から「がん全般」を抜粋）

| 患者団体                    | 所在地   | 連絡先           | 主な患者種別・対象疾患 |
|-------------------------|-------|---------------|-------------|
| がん患者さん・家族・支援者のつどいこころの駅舎 | 東広島市  | 082-493-7360  | がん全般        |
| がん体験者の会 とま〜れ            | 三次市   | 090-4650-8184 | がん全般        |
| がん体験者の会 とま〜れ・県北         | 三次市   | 0824-65-0101  | がん全般        |
| キャンサーサバイバー・キャリアサポート     | 広島市中区 | 050-5317-4505 | がん全般        |
| 広島がんサポート                | 広島市中区 | 082-962-8505  | がん全般        |
| 広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部    | 竹原市   | 0846-26-3788  | がん全般        |
| びんご・生と死を考える会            | 福山市   | 090-6842-7519 | がん全般        |

MEMO

名 前

---

発行：平成 28 年 12 月

改訂：平成 30 年 3 月

改訂：令和 元 年 7 月

**広島県地域保健対策協議会  
甲状腺がんクリニカルパス検討 WG**

○広島県地域保健対策協議会

〒732-0057 広島県広島市東区二葉の里 3 丁目 2 番 3 号

TEL (082) 568-1511

○広島県健康福祉局がん対策課

〒730-8511 広島市中区基町 10-52

TEL (082) 513-3063