

私のカルテ

山形県
地域連携クリティカルパス



kan:Ver.25.11.1

お名前 _____ ■

はじめに

この手帳は、手術や治療を施行した病院と地域のかかりつけ医が協力し、あなたの治療経過を共有し、共同診療体制を築き上げる「治療計画表」のことで、病院とかかりつけ医が協力して、あなたの治療を行います。

この『連携パス』を活用することで、治療病院と地域のかかりつけ医とが協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は治療病院が行いますので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて治療病院を受診していただきます。

また、**緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、治療を行った病院**

_____ (Tel _____) までご連絡ください。

御本人の診療に関する情報が書き込まれますので、紛失等の無いよう管理に十分御留意下さい。

もくじ

肝がんの治療後について：

ホームドクターでの診察・治療について：

がん診療拠点病院での診察・治療について：

退院後もこれだけは忘れずに：

わたしの基本情報、治療情報、投薬情報：

診察・検査予定表：

診療記録：

メモ：

関係医療機関各部署の連絡先：

肝がんの治療後について

地域連携パスとは地元のホームドクター（かかりつけ医）と山形県のがん診療拠点病院の医師と協力して患者様の治療をすることです。

具体的には普段はホームドクターに受診して診察、採血検査、治療を受けます。定期的に（だいたい3か月ごと）に県内のがん診療拠点病院を受診して超音波検査や腹部断層撮影（CT）検査などの専門的な検査をします。

肝臓がんの方は約9割がC型肝炎やB型肝炎をもっています。よって日ごろから肝炎の治療が必要になってきます。たとえばがん診療拠点病院で肝臓の手術を受けた後に定期的に地元のホームドクターに受診して、肝臓の薬をもらったり、肝機能を良くする注射を受けたりします。

一方、肝がんで治療を受けて治っていても、残っている肝臓からふたたび肝がんが出てくることしばしばあります。そこで超音波検査やCT、MRIなどの検査が定期的に必要になってきます。これらの専門的な検査はたとえば放射線科医などの専門医がレントゲン写真を診断しますので、がん診療拠点病院で受けて頂くこととなります。

肝がんの治療後について

この定期検査で肝がんの再発が疑わしい場合には、がん診療拠点病院に入院して頂き、さらに精密な検査を受け、手術やラジオ波または肝臓の動脈から抗がん剤を注入して治療を受けます。

地域連携パスは具体的には何カ月ごとにホームドクターに受診するのか、また何カ月ごとにがん診療拠点病院でどの検査を受けるのか？
採血やCT検査の検査結果をホームドクターとがん診療拠点病院の医師で共有して、いっしょに患者様の治療を行う、いわば共通のカルテです。

地域連携パスによって質の高い医療が受けられます。
ホームドクターより親身で、かつ患者様に合わせて説明や治療が受けられますし、病院までの交通時間が短くできます。
またがん診療拠点病院での診察や検査時間の待ち時間が短くなります。

ホームドクターでの診察・治療について

実際にどのような診察、治療が行われるのでしょうか？

肝がんの治療には手術、ラジオ波、肝動脈塞栓療法などがありますが、これらの治療をがん診療拠点病院で受けて退院した後は地元のホームドクターで診察、治療を受けます。

その主なものを紹介します。

- 1) 肝機能の採血検査（1か月ごと）
- 2) 肝がんの腫瘍マーカー（AFPやPIVKA2）の採血検査（1か月ごと）
- 3) 肝炎や高アンモニア血症，腹水などを治すための薬の処方
- 4) 肝臓機能を良くするための注射
- 5) その他、患者様に合わせて治療を受けます。

がん診療拠点病院での診察・治療について

がん診療拠点病院への受診は原則として3か月ごとになります。この時に検査するものは腹部超音波検査、腹部CT検査、腹部MRI検査などから選ばれます。造影剤アレルギーなどをお持ちの場合は副作用の少ない検査が選ばれます。

またホームドクターでの検査で腫瘍マーカーが上昇したり、肝機能が悪化した場合などは3か月より早い段階でがん診療拠点病院に入院して頂き、治療を受けます。

退院後もこれだけは忘れずに！

指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬は、消化薬や肝機能を良くする薬で、治療後の状態を安定させるためや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。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。

悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師さんとのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ち大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。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。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、**明るく、希望を持って前進し、病気をしてかえって良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。**

わたしの基本情報

記載日 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ (生年月日 年 月 日) _____ 歳 男・女

住所 _____ 電話 _____ .

(緊急連絡先電話番号)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ .

手術病院

かかりつけ機関

カルテ番号 (_____) (_____) (_____)

特記事項 (アレルギー歴・薬の副作用情報・今までかかった病気・その他)

わたしの治療情報

治療日 平成・令和 年 月 日 ・ 退院日 平成・令和 年 月 日

今回の治療

手術

ラジオ波

肝動脈塞栓療法

その他

最終診断 Stage I , II , III , IVA , IVB .

合併症 なし ・ あり()

特記事項

わたしの投薬情報

一般薬

補助化学療法 あり・ なし

ALT		NH3	
Alb		AFP	
T-Bil		AFP-L3	
PT		PIVKA-Ⅱ	
HBs抗原	(+ ・ -)	HCV抗体	(+ ・ -)

投薬予定期間 (投与開始日 年 月 日)
_____年間

診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過												1年									
	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	
年月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
問診・診察	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
チェック																					
採血検査 (腫瘍マーカー)	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
チェック																					
腹部超音波・CT			●			●			●			●			●			●			●
MRI検査 チェック																					
投薬	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
注射(点滴)	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●

※計画変更の場合は手書きで追加、抹消(二重線)

●は治療病院で行います。

○はかかりつけ機関で行います。

この計画表に記載してある受診月日と受診先は最低限のスケジュールです。手術病院・かかりつけ機関への受診を制限するものではありません。

※再発のない限り、上記スケジュールを継続します。

診療の記録

(1ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (2ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(4ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (5ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (7ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (8ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (10ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (11ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年1ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年2ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録 (1年3ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年4ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年5ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
- 腹部超音波 腹部CT
- 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年6ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
- 腹部超音波 腹部CT
- 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年7ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
- 腹部超音波 腹部CT
- 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年8ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

診療の記録

(1年9ヶ月後)

サイン

受診予定日 年 月 日 受診日 年 月 日

身体の状態(下記の症状が持続した場合に印をして下さい。)

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 食欲の低下 | <input type="checkbox"/> 眠気 |
| <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 腹痛 |
| <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> むくみ |
| <input type="checkbox"/> 吐き気 | <input type="checkbox"/> 黄疸(眼球、
尿が濃い色) |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 倦怠感 |
| <input type="checkbox"/> 発熱 | <input type="checkbox"/> ふらつき |
| <input type="checkbox"/> 発疹 | <input type="checkbox"/> 体の痛み |
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> その他 |
- ()

- 採血 投薬 注射
 腹部超音波 腹部CT
 腹部MRI

臨床所見

- 異常あり 異常なし

検査結果

- 悪化あり 悪化なし

AFP: _____ PIVKA-II: _____.

静脈瘤:F() RC()

コメント (結果貼付欄)

メモ

メモ

各部署の連絡先

手術(治療)病院【緊急時連絡先】

TEL:

診療担当科:

担当医:

かかりつけ医療機関(1)

TEL:

診療担当科:

担当医:

かかりつけ医療機関(2)

TEL:

診療担当科:

担当医:

かかりつけ薬局

TEL: