

# 診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過	1年		2年												3年								
	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	10ヶ月	11ヶ月		1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6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。

# 診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過	3年					4年											5年		
	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	10ヶ月	11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。

# 診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過	5年											6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	
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。

# 診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過	6年					7年											8年			
	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	10ヶ月	11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。

# 診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過	8年											9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	
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。

# 診察・検査予定表：肝臓がん

治療日：20 年 月 日

術後経過	9年					10年
	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11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)

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。

●は治療病院で行います。

○はかかりつけ機関で行います。

※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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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              |

( )

- |                                |                               |                             |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 採血    | <input type="checkbox"/> 投薬   | <input type="checkbox"/> 注射 |
| <input type="checkbox"/> 腹部超音波 | <input type="checkbox"/> 腹部CT |                             |
| <input type="checkbox"/> 腹部MRI |                               |                             |

臨床所見

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 異常あり | <input type="checkbox"/> 異常なし |
|-------------------------------|-------------------------------|

検査結果

- |                               |                               |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 悪化あり | <input type="checkbox"/> 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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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、<br>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年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、<br>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年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、<br>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、<br>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)