

千葉県共用がん地域医療連携パス 診療計画表 (原発性肝がん)

計画策定病院名	主治医氏名
	説明者氏名
	連絡先
連携医療機関名	主治医氏名
	連絡先

患者様氏名 (ID) 様	生年月日・性別 M T S H ____年__月__日 (____歳) 男・女
------------------	---

入院中 (入院日: ____年__月__日)	
計画策定病院	入院中の治療
	<input type="checkbox"/> 肝切除術
	<input type="checkbox"/> エタノール局注
	<input type="checkbox"/> 肝動脈塞栓術
	<input type="checkbox"/> ラジオ波
	<input type="checkbox"/> 全身化学療法
	<input type="checkbox"/> 入院緩和治療
<input type="checkbox"/> その他療法	
<input type="checkbox"/> その他療法	
退院後の目標	

経過		2週間	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	12ヶ月
受診		●	●	○	●○	○	○	●○	○	○	●○	○	○	●○
診察・問診		●	●	○	●○	○	○	●○	○	○	●○	○	○	●○
計測	体重・血圧・腹囲	●	●	○	●○	○	○	●○	○	○	●○	○	○	●○
検査	血算	●	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
	肝機能	●	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
	腫瘍マーカー	●	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
	画像	●	●		●			●			●			●
治療	内服	ウルソ	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
		肝庇護薬	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	BCAA	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
	注射(強ミノC)	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△

●は、計画策定病院へ受診して検査します。
○は、連携医療機関へ受診して検査します。
△は、必要時実施する項目です。

(記載上の留意事項)

* 本計画表は、退院後12ヶ月分になっていますが、連携パスの運用期間は5年を目標としています。患者様に説明すると共に、13ヶ月以降の計画を適宜追加してご利用ください。
* 上記の●、○は必要最低限ですので、必要に応

私は、原発性肝がんの診療計画について説明を受けました。
記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意いたします。

平成 ____年__月__日 お名前 _____ (本人・家族)