

# 肝腫瘍治療後連携パス（1年7ヶ月～2年）



|       |                           |        |        |       |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
| 退院後   |                           | 1年7ヶ月  | 1年8ヶ月  | 1年9ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





～メモ～

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
|--------|--------|-----|
| 1年10ヶ月 | 1年11ヶ月 | 2年  |
| 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        | ○   |
|        | △      | ▲   |
| ○      | ○      | ○   |
| △      | △      | △   |
| kg     | kg     | kg  |
|        |        |     |
|        |        |     |
|        |        |     |
|        |        |     |

○は必須項目 △は必要時に行います。

▲かかりつけ医でできない場合に行います。





サイン

[illegible]



| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
|--------|--------|-------|
| 1年4ヶ月  | 1年5ヶ月  | 1年6ヶ月 |
| 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        |       |
| ○      | ○      | ○     |
| △      | △      | △     |

|    |    |    |
|----|----|----|
| kg | kg | kg |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います。



# 肝腫瘍治療後連携パス（1年1ヶ月～6ヶ月）



|       |                           |        |        |       |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
| 退院後   |                           | 1年1ヶ月  | 1年2ヶ月  | 1年3ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



**通信欄（2年目）（治療専門病院→かかりつけ医）**



年.月.日

サイン

# 肝腫瘍治療後連携パス（2年1ヶ月～6ヶ月）



|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
| 退院後   |                           | 2年1ヶ月  | 2年2ヶ月  | 2年3ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



**通信欄**（1年目）（治療専門病院→かかりつけ医）



年.月.日

サイン



**通信欄**（1年目）（かかりつけ医→治療専門病院）



年.月.日

サイン



～メモ～

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
|--------|--------|-------|
| 2年4ヶ月  | 2年5ヶ月  | 2年6ヶ月 |
| 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        |       |
| ○      | ○      | ○     |
| △      | △      | △     |
| kg     | kg     | kg    |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |

○は必須項目 △は必要時に行います。



# 肝腫瘍治療後連携パス（2年7ヶ月～3年）



|       |                           |        |        |       |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
| 退院後   |                           | 2年7ヶ月  | 2年8ヶ月  | 2年9ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





～メモ～

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
|--------|--------|-----|
| 10ヶ月   | 11ヶ月   | 1年  |
| 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        | ○   |
|        | △      | ▲   |
| ○      | ○      | ○   |
| △      | △      | △   |

|    |    |    |
|----|----|----|
|    |    |    |
| kg | kg | kg |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |

○は必須項目 △は必要時に行います。

▲かかりつけ医でできない場合に行います。



# 肝腫瘍治療後連携パス（7ヶ月～1年）



|       |                           |        |        |     |
|-------|---------------------------|--------|--------|-----|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
| 退院後   |                           | 7ヶ月    | 8ヶ月    | 9ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○   |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○   |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○   |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○   |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○   |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |     |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○   |
| 注 射   |                           | △      | △      | △   |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg  |
|       | むくみはないか                   |        |        |     |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |     |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |     |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |     |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





～メモ～

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
|--------|--------|-----|
| 2年10ヶ月 | 2年11ヶ月 | 3年  |
| 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        | ○   |
|        | △      | ▲   |
| ○      | ○      | ○   |
| △      | △      | △   |

|    |    |    |
|----|----|----|
| kg | kg | kg |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |

○は必須項目 △は必要時に行います。

▲かかりつけ医でできない場合に行います。





サイン

[illegible]



| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
|--------|--------|-----|
| 4ヶ月    | 5ヶ月    | 6ヶ月 |
| 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        |     |
| ○      | ○      | ○   |
| △      | △      | △   |
| kg     | kg     | kg  |
|        |        |     |
|        |        |     |
|        |        |     |
|        |        |     |

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います。





# 肝腫瘍治療後連携パス（1ヶ月～6ヶ月）



|       |                           |        |        |     |
|-------|---------------------------|--------|--------|-----|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
| 退院後   |                           | 1ヶ月    | 2ヶ月    | 3ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○   |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○   |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○   |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○   |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○   |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |     |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○   |
| 注 射   |                           | △      | △      | △   |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg  |
|       | むくみはないか                   |        |        |     |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |     |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |     |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |     |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



**通信欄（3年目）（治療専門病院→かかりつけ医）**



年.月.日

サイン

# 肝腫瘍治療後連携パス（3年1ヶ月～6ヶ月）



|       |                           |        |        |       |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
| 退院後   |                           | 3年1ヶ月  | 3年2ヶ月  | 3年3ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。





## 治療専門病院では

肝腫瘍の専門的な定期検査は治療専門病院で受けていただきます。治療が必要な場合は治療専門病院で治療を受けていただきます。

原則として3か月毎に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部超音波検査または腹部CT検査（必要時は腹部MRI検査）を受けていただきます。その結果は、毎回かかりつけ医に報告いたします。

14ページ以降に「診察・検査予定表」として定期検査の予定をまとめました。表に示すとおりの間隔で病院を受診していただき、検査予定欄に示す検査を受けていただきます。



## 緊急時の連絡について

まずかかりつけ医にご相談ください。必要な場合は、かかりつけ医の指示で、治療専門病院を受診していただくことになります。夜間や休日などでかかりつけ医に連絡が取れない場合は、治療専門病院にご連絡ください。

なお、肝以外（胃、大腸、肺、乳腺、子宮、卵巣、前立腺など）の病気に関しては検査の対象外となります。かかりつけ医の先生に診ていただくか、ご自身で地域の健康診断などを必ず受けてください。



# 退院後の通院について



## 定期検査の必要性について

肝腫瘍の場合、腫瘍を根治的に治療しても3年で50～70%の再発を認めます。しかし、再発しても肝機能が保たれていて個数が限られていれば、再度の根治治療が可能です。そのため、一定のスケジュールにしたがって再発の有無を確認する検査が必要になります。また、肝腫瘍の多くは慢性肝炎や肝硬変に発生します。肝機能が悪化すると腹水が貯留したり、黄疸が出たり、食道静脈瘤から出血する危険性があります。したがって、定期的な肝機能検査や、適時、上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）を受けていただく必要があります。



## かかりつけ医では

慢性肝炎や肝硬変の治療には平素から、注射や投薬が必要になりますが、この日常の診療をかかりつけ医に行って受けていただきます。

- 1) 原則として1か月毎の肝炎の血液検査
  - 2) 肝炎治療薬を含めた薬の処方
  - 3) 肝炎治療の注射
  - 4) 腹水やむくみなどの症状が出たときの診断と治療
  - 5) 風邪をひいたりして、熱が出たときの診療と治療
  - 6) 必要時、可能であれば胃カメラ検査
- などを行っていただきます。





| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
|--------|--------|-------|
| 3年4ヶ月  | 3年5ヶ月  | 3年6ヶ月 |
| 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        |       |
| ○      | ○      | ○     |
| △      | △      | △     |
| kg     | kg     | kg    |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います。



# 肝腫瘍治療後連携パス（3年7ヶ月～4年）



|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
| 退院後   |                           | 3年7ヶ月  | 3年8ヶ月  | 3年9ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。







## 退院後のお仕事について

体の回復には個人差があり、お仕事を再開する時期も人それぞれです。体の回復状況と仕事量を考慮して判断することが重要です。短時間労働など、仕事量を制限して始めるとよいでしょう。産業医がお勤め先にいれば、産業医にご相談ください。



## 内服薬について

病院で処方された薬は、消化剤や化学療法剤で、治療後の状態を安定させるためや治療効果を高めるために必要なものです。薬は飲み忘れずに、時間を守って飲むようにしましょう。

下剤は、排便状況をみて調節してください。

薬を飲んで副作用や気になることがあれば、医師、看護師または薬剤師にお気軽にご相談ください。



## 肝炎ウィルス感染予防

出血時の血液付着物の処理はご自身で行ってください。剃刀、歯ブラシなどは共用しないようにしてください。食べ物の口移しはしないようにしてください。



## 体重測定

肝腫瘍治療後は腹水や胸水が貯まりやすくなります。外見上は変化がなくても体重の変化で気づく場合があります。毎日決まった時間に体重を計ってください。



# 日常生活について



## 食生活について

穀類を中心に野菜を多くとってください。脂肪はとりすぎないようにしてください。タンパク質は動物性よりも植物性のもの（大豆や豆腐など）を多くとってください。食後一時間は安静にしてください。

慢性肝炎や肝硬変の方は塩分を控えてください。

アルコール摂取は肝機能を悪化させ、肝腫瘍発生の危険性を増加させるので控えてください。



## 運動について

体力回復や筋力低下の防止には適度な運動が必要です。散歩など軽い運動を日課に取り入れ規則正しい生活を送るようにしていきましょう。ただし、肝機能悪化時は安静が必要です。



## 入浴について

お風呂は治療前と同様に入ってかまいません。傷はふつうに石鹸できれいに洗ってください。温泉は場所によってお湯のつよさがあり、体に悪影響をおよぼす場合もあります。医師にご相談ください。



## 喫煙について

禁煙してください。





～メモ～

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
|--------|--------|-----|
| 3年10ヶ月 | 3年11ヶ月 | 4年  |
| 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        | ○   |
|        | △      | ▲   |
| ○      | ○      | ○   |
| △      | △      | △   |
| kg     | kg     | kg  |
|        |        |     |
|        |        |     |
|        |        |     |
|        |        |     |

○は必須項目 △は必要時に行います。

▲かかりつけ医でできない場合に行います。



**通信欄（4年目）（かかりつけ医→治療専門病院）**



年.月.日

サイン

[illegible]

# 全身化学療法

| 薬品名 | 治療期間 |
|-----|------|
|     | ～    |
|     | ～    |
|     | ～    |

肝障害度（治療前） ☐A ☐B ☐C（2項目以上該当）

|                 | A     | B       | C      |
|-----------------|-------|---------|--------|
| 腹 水             | なし    | 治療効果あり  | 治療効果なし |
| T-Bil_____mg/dl | 2.0未満 | 2.0-3.0 | 3.0超   |
| Alb_____g/dl    | 3.5超  | 3.0-3.5 | 3.0未満  |
| ICGR15_____%    | 15未満  | 15-40   | 40超    |
| PT活性_____%      | 80超   | 50-80   | 50未満   |

Child-Pughの分類 ☐A(5-6点) ☐B(7-9点) ☐C(10-15点)

|                 | 1点    | 2点      | 3点     |
|-----------------|-------|---------|--------|
| 脳 症             | なし    | 軽度      | ときどき昏睡 |
| 腹 水             | なし    | 少量      | 中等量    |
| T-Bil_____mg/dl | 2.0未満 | 2.0-3.0 | 3.0超   |
| Alb_____g/dl    | 3.5超  | 2.8-3.5 | 2.8未満  |
| PT活性_____%      | 70超   | 40-70   | 40未満   |

治療前腫瘍マーカー（ 年 月 日）

AFP\_\_\_\_\_ng/ml （ 年 月 日）

PIVKA-II\_\_\_\_\_mAU/ml （ 年 月 日）

AFP-L3\_\_\_\_\_% （ 年 月 日）

血小板数\_\_\_\_\_×10<sup>4</sup>/μL （ 年 月 日）

**通信欄（4年目）（治療専門病院→かかりつけ医）**



年.月.日

サイン

# 肝腫瘍治療後連携パス（4年1ヶ月～6ヶ月）



|       |                           |        |        |       |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
| 退院後   |                           | 4年1ヶ月  | 4年2ヶ月  | 4年3ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



## 肝腫瘍治療

病変1 組織\_\_\_\_\_ 治療日 年 月 日

腫瘍占拠部位 S( ) 大きさ( × )cm

治療 ☐肝切除 術式 \_\_\_\_\_

☐ラジオ波焼灼術 ☐肝動脈塞栓術 ☐動注療法

☐その他 \_\_\_\_\_

病理所見 分化度 well mod por

脈管侵襲 ( - , + )

肝組織 正常 肝炎 肝硬変 線維化 f( 0 1 2 3 4 )

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_

病変2 組織\_\_\_\_\_ 治療日 年 月 日

腫瘍占拠部位 S( ) 大きさ( × )cm

治療 ☐肝切除 術式 \_\_\_\_\_

☐ラジオ波焼灼術 ☐肝動脈塞栓術 ☐動注療法

☐その他 \_\_\_\_\_

病理所見 分化度 well mod por

脈管侵襲 ( - , + )

肝組織 正常 肝炎 肝硬変 線維化 f( 0 1 2 3 4 )

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_

病変3 組織\_\_\_\_\_ 治療日 年 月 日

腫瘍占拠部位 S( ) 大きさ( × )cm

治療 ☐肝切除 術式 \_\_\_\_\_

☐ラジオ波焼灼術 ☐肝動脈塞栓術 ☐動注療法

☐その他 \_\_\_\_\_

病理所見 分化度 well mod por

脈管侵襲 ( - , + )

肝組織 正常 肝炎 肝硬変 線維化 f( 0 1 2 3 4 )

T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_



疾患 ☐HCC ☐CCC ☐その他\_\_\_\_\_

肝炎ウイルス

☐HCV セロ (ゲノ) タイプ\_\_\_\_\_型 ウィルス量\_\_\_\_\_

☐HBV ウィルス量\_\_\_\_\_ ☐ 陰性

抗ウイルス治療

| 薬品名 | 治療期間 |
|-----|------|
|     | ～    |
|     | ～    |
|     | ～    |
|     | ～    |
|     | ～    |

その他の肝炎治療

| 薬品名 | 治療期間 |
|-----|------|
|     | ～    |
|     | ～    |
|     | ～    |
|     | ～    |

食道静脈瘤 ☐なし ☐L( ) ☐F( ) ☐C( ) ☐RC( ) ☐Lg( )

| 治療日 |   |   | 治療           |
|-----|---|---|--------------|
| 年   | 月 | 日 | EVL, EIS, 手術 |
| 年   | 月 | 日 | EVL, EIS, 手術 |
| 年   | 月 | 日 | EVL, EIS, 手術 |
| 年   | 月 | 日 | EVL, EIS, 手術 |



| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
|--------|--------|-------|
| 4年4ヶ月  | 4年5ヶ月  | 4年6ヶ月 |
| 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
| ○      | ○      | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        | ○     |
|        |        |       |
| ○      | ○      | ○     |
| △      | △      | △     |
| kg     | kg     | kg    |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |
|        |        |       |

～メモ～

○は必須項目 △は必要時に行います。



# 肝腫瘍治療後連携パス（4年7ヶ月～5年）



|       |                           |        |        |       |
|-------|---------------------------|--------|--------|-------|
|       |                           | かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院    |
| 退院後   |                           | 4年7ヶ月  | 4年8ヶ月  | 4年9ヶ月 |
| 受診月日  |                           | 月 日    | 月 日    | 月 日   |
| 診察・問診 |                           | ○      | ○      | ○     |
| 採血    | 血清, PT, 肝機能, ( Alb, Bil ) | ○      | ○      | ○     |
|       | AFP, PIVKA-II, ( )        | ○      | ○      | ○     |
| 検査    | 腹部US                      |        |        | ○     |
|       | 腹部CTあるいはMRI               |        |        | ○     |
|       | 上部消化管内視鏡（胃カメラ）            |        |        |       |
| 投 薬   |                           | ○      | ○      | ○     |
| 注 射   |                           | △      | △      | △     |
| 自己検診  | 体 重                       | kg     | kg     | kg    |
|       | むくみはないか                   |        |        |       |
|       | 全身倦怠感はないか                 |        |        |       |
|       | 腹部の異常はないか                 |        |        |       |
|       | 食欲低下や吐き気, 嘔吐はないか          |        |        |       |



受診前に自分の健康状態をチェックし、この欄に記入してください。



既往歴および現在治療中の病気

---

---

---

---

---

アレルギー

---

---

---

---

飲酒歴

---

内服薬（お薬手帳がある場合は記入不要）

---

---

---

---

---

ふりがな  
お名前

生年月日 明・大・昭・平\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身長 \_\_\_\_\_cm 体重（退院時）\_\_\_\_\_ kg

治療専門病院

TEL

ID

担当医

退院日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

かかりつけ医療機関(1)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関(2)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関(3)

医師名

TEL

かかりつけ薬局

TEL



～メモ～

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | 病院  |
|--------|--------|-----|
| 4年10ヶ月 | 4年11ヶ月 | 5年  |
| 月 日    | 月 日    | 月 日 |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
| ○      | ○      | ○   |
|        |        | ○   |
|        |        | ○   |
|        | △      | ▲   |
| ○      | ○      | ○   |
| △      | △      | △   |

|    |    |    |
|----|----|----|
|    |    |    |
| kg | kg | kg |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |
|    |    |    |

○は必須項目 △は必要時に行います。

▲かかりつけ医でできない場合に行います。





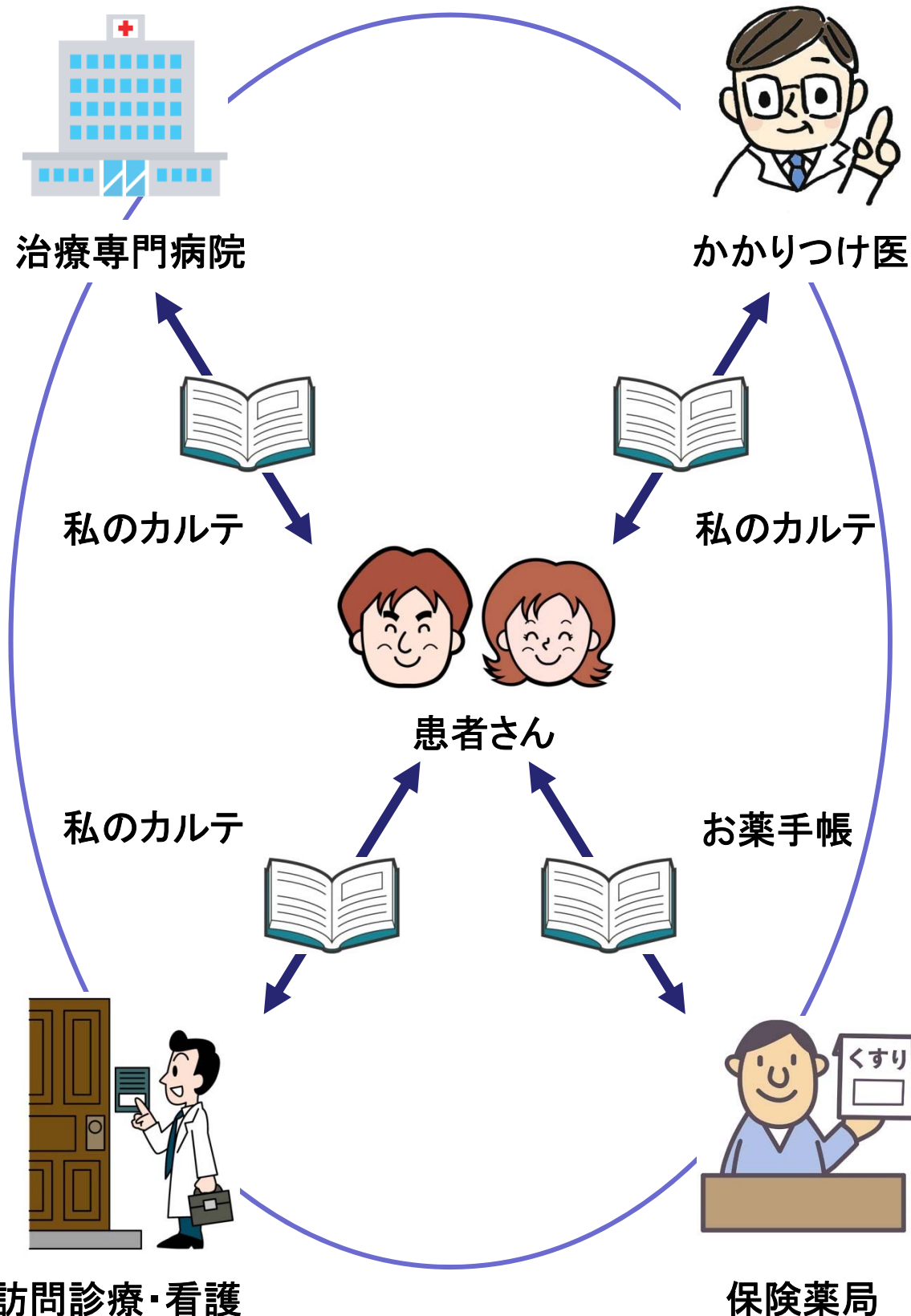
サイン

[illegible]

[illegible]



# 地域医療連携とは



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です。医療機関受診時にお忘れなく。

**通信欄（5年目）（治療専門病院→かかりつけ医）**



年.月.日

サイン

# 各種窓口



患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるように地域医療連携室や医療相談窓口で相談をお受けしています。



## \_\_\_\_\_病院 地域医療連携室(地域医療連携サービス業務)

紹介患者さんの受診予約  
受診当日の受付・受診科へのご案内  
病院・診療所・行政との医療連携に関する事項  
セカンドオピニオン外来の受付

電話： \_\_\_\_\_(直通)

時間 (平日 : ~ : )  
(土・日曜日、祝祭日はお休みです)



## 医療相談室

病気を抱えて生活することの不安や悩みに関する相談、医療保険、年金、介護サービスなどについての相談、転院や退院後の生活についての相談、医療費などの経済的な問題についての相談

電話： \_\_\_\_\_(直通)

時間 (平日 : ~ : )  
(土・日曜日、祝祭日はお休みです)

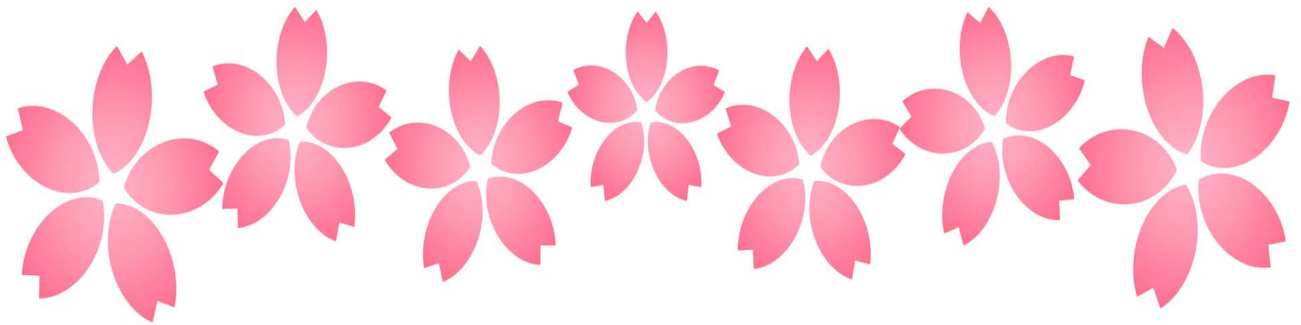


## 夜間・休日などの対応

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、各病院までご連絡ください。

\_\_\_\_\_病院  
電話： \_\_\_\_\_(代表)

[illegible]



この手帳は、治療専門病院と地域のかかりつけ医が協力し患者さんの視点にたった安心で質の高い医療を提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

内容には、①患者さんの診療情報、②退院後の生活について、③今後の診療予定表、④通信欄などが含まれています。

この手帳を活用し、かかりつけ医と治療専門病院の医師が協力して患者さんの治療を行います。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や大きな検査は治療専門病院が行います。何か心配なことがあるときには、まずかかりつけ医に相談して下さい。適宜必要に応じ治療専門病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合で休日や夜間などでかかりつけ医を受診できない場合は、治療専門病院までご連絡下さい。

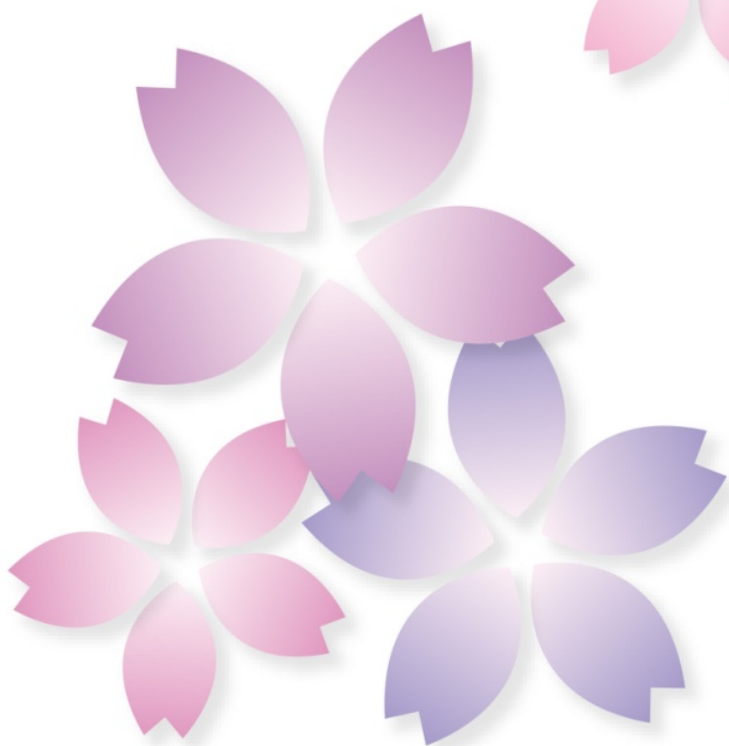
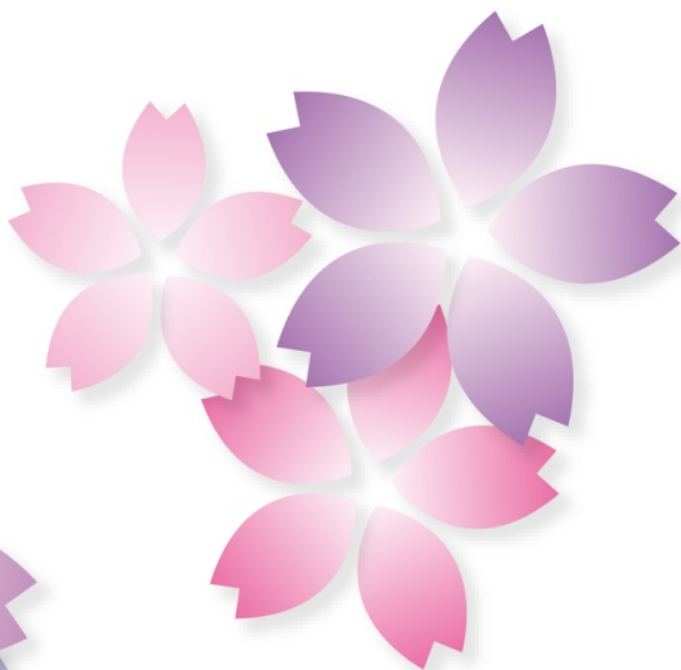
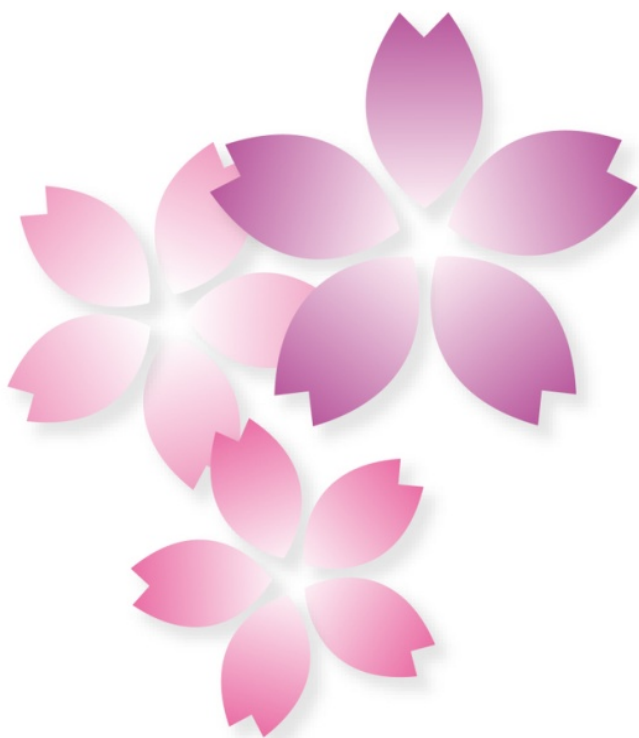




秋田県医療連携手帳「私のカルテ」(肝)第2版

発行 第1版 平成23年2月  
第2版 平成30年5月

秋田県医師会  
秋田県がん診療連携協議会  
秋田県健康福祉部





# 秋田県医療連携手帳 「私のカルテ」

