肝がん術後地域連携パス(治療計画書)

患者情報

東北医科薬科大学病院ID	
ふりがな	
患者氏名	様
性別	
生年月日	年　月　日

Child-Pugh分類	A・B・C
腹水	□なし □軽度 □中等度以上
脳症	□なし □軽度 □高度

肝炎ウィルス	□陽性 □陰性	ウイルス量
HCV	セロ（ゲノ）タイプ　型	
HBV	HBsAg( ), HBsAb( ), HBcAb( ), HBeAb( ), HBeAb( )	

局所治療情報

治療日	年　月　日
治療	□肝切除　（リンパ節郭清　□あり □なし） □ラジオ波焼灼術　□肝動脈塞栓術 □動注療法　使用薬剤（　　） □その他（　　）
ステージ	I　II　III　IVA　IVB

病理所見	分化度	□高分化□中分化 □低分化
	門脈浸潤	□あり　□なし
	肝内転移	□あり　□なし
	肝組織	□正常　□肝炎　□肝硬変
		線維化　f(0 1 2 3 4)

時期	術後経過		1年												2年												3年												4年												5年
			1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	か月	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	か月	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	か月	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	か月
	受診予定日　(年) (月日)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診療	問診	全身倦怠感の有無 腹部膨満の有無 浮腫の有無 出血症状の有無 一般的診察での異常	●	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
	体重																																																	
	視触診																																																		
採血	血算・生化学 腫瘍マーカー (PIVKA-II, AFP, AFP-L3)		●	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
検査	腹部超音波		●			●				●				●				●				●				●				●				●				●				●				●				●
	腹部CT		●			●				●				●				●				●				●				●				●				●				●				●				●
	腹部MRI		●			●				●				●				●				●				●				●				●				●				●				●				●

●は計画策定病院、○はかかりつけ医で実施。▲△は必要時。

＊治療計画は患者さんの病状によって変わることがあります。

計画策定病院：東北医科薬科大学病院 説明日：　年　月　日 主治医：

かかりつけ医： 署名日：　年　月　日 主治医：

地域連携パスについて計画策定病院主治医より説明を受け同意します。 同意日：　年　月　日 患者 又は家族　続柄（　）