

○かかりつけ医 ●専門病院(変更可)
□チェックして下さい

名前 _____

治療病院 ID _____

1年目の診療予定表

| | 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 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aコース | ● | ● | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● |
| <input type="checkbox"/> Bコース | ● | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● |
| <input type="checkbox"/> Cコース | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● |
| 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 月日 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg |
| 採血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 血小板 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Alb | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| AST | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ALT | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| T.Bil | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| γ-GTP | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| AFP | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| L3分画 | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| PIVKA-II | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 画像 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 所見 | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI |

内視鏡 _____ _____
所見 _____

名前 _____

治療病院 ID _____

○かかりつけ医 ●専門病院(変更可)
□チェックして下さい

年目の診療予定表

| | 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 |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aコース | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● | ○ | ● |
| <input type="checkbox"/> Bコース | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● |
| <input type="checkbox"/> Cコース | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ○ | ● |
| 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 | 年 |
| 月日 | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 体重 | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg |
| 採血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 血小板 | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Alb | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| AST | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| ALT | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| T.Bil | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| γ-GTP | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| AFP | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| L3分画 | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| PIVKA-II | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 画像 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 所見 | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI | CT,US,MRI |

内視鏡 _____ _____
所見 _____