肝がん計画書　埼玉社会保険病院

連携診療計画書(肝がん)

診療場所	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院
日時	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日
経過(　回目ー　ヶ月)	退院時(　回目ー0ヶ月)	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月
治療法	OPE/RFA/TACE/PEI ｿﾗﾌｪﾆﾌﾞ/ﾘｾﾞｰﾊﾞｰ動注												
検査項目	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿
画像検査	□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US
胃カメラ検査	食道・胃静脈瘤/その他												食道・胃静脈瘤/その他
内服薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
注射/点滴	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
血小板数													
アルブミン値													
AST													
ALT													
T-Bil													
AFP													
PIVKA-Ⅱ													
腹痛													
足のむくみ													
腹水													
肝性脳症													
黒色便													
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
特記事項													

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院
日時	月　日	月　日	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日	月　日	月　日	年　月　日
経過(　回目ー　ヶ月)	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月	ヶ月	ヶ月	回目ー　ヶ月
治療法												
検査項目	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿	□血液検査 □検尿
画像検査			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US			□胸部X線 □腹部MRI/CT/US
胃カメラ検査												食道・胃静脈瘤/その他
内服薬	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
注射/点滴	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし	□あり □なし
血小板数												
アルブミン値												
AST												
ALT												
T-Bil												
AFP												
PIVKA-Ⅱ												
腹痛												
足のむくみ												
腹水												
肝性脳症												
黒色便												
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
特記事項												