

肝がん治療に関する連携計画書（医療者用）

患者氏名： _____ 様		計画策定病院(A)： ○○○○病院		担当医師： _____		連絡先： _____	
		連携医療機関(B)： _____		担当医師： _____		連絡先： _____	
	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	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	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
検 査	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿 ☐ 腹部US・CT(MRI)	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿 ☐ 腹部US・CT(MRI)	
投 薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	
注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	

	かかりつけ医	かかりつけ医	○○○○病院	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	10ヶ月	11ヶ月	1年
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検 査	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿 ☐ 腹部US・CT(MRI)	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿	☐ 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) ☐ AFP・PIVKA－Ⅱ ☐ 腎機能 ☐ 検尿 ☐ 腹部US・CT(MRI) ☐ 胃内視鏡
投 薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬	☐ 投薬
注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)	☐ 注射(点滴)

2年目以降も上記スケジュールを継続します。
 上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。
かかりつけ医における採血に関して、原則はパスの通りに行いますが、症例により採血期間の決定は、かかりつけ医の裁量にて行うことができます。