

※次回の済生会病院受診時、患者さんに血液データと本書コピーを持参させて下さい。
 ※実施項目にレ点を記し、実施日をご記入下さい。

診療所用 No.

肝疾患地域連携クリニカルパス

患者氏名

(生年月日 : M・T・S・H 年 月 日)

(病院カルテNo.)

医療機関名

(かかりつけ医カルテNo.)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------------------|----------|----|----|----|---|--|
| 診察期間 | | 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 | | | | | | | | |
| 達成目標 | | ・肝細胞癌がない(再発がない) ・定期受診ができる | | | | | | | | |
| 治療 | 注射薬 | □強カネオミノファーゲンC (ml・週 回) | | | | | | | | |
| | | □インターフェロン 開始20 年 月 日 | 実 施 日 | (/)(/)(/)(/)(/) | | | | | | |
| | 内服薬 | 核酸アナログ製剤 (錠/日) | | 開始 | 20 年 月 日 | | | | | |
| | | □バラクルード □ペプセラ □ラミブジン | 中止 | 20 年 月 日 | | | | | | |
| | | □ウルソデオキシコール酸 (mg/日) | | | | | | | | |
| □BCAA製剤 (mg/日) | | | | | | | | | | |
| □その他() | | | | | | | | | | |
| 診察日 | | / | / | / | / | / | / | / | / | |
| 検査 | 腹部超音波 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | 血液検査 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | その他() | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| 観察項目 | ※症状出現または増悪時、下記口にレ点を入れてください。症状みられても不変の場合、未記入。 | | | | | | | | | |
| | 黄疸 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | 浮腫 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | 腹水 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | |
| | その他() | | | | | | | | | |
| 体重 | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | kg | | |
| 医師コメント | | | | | | | | | | |