

※当日実施した項目にレ点を記入。

# 肝疾患地域連携クリニック

病院用No.

患者氏名  
 (生年月日 : M・T・S・H 年 月 日)  
 (病院カルテNo. )  
 (かかりつけ医カルテNo. )

済生会新潟第二病院 消化器内科 医師名  
 医院・クリニック 医師名 先生

病名: 重症度: 合併症: 糖尿病 高血圧 脂質異常症 その他( )

診察日	( )ヵ月後																			
	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日		
アウトカム	<input type="checkbox"/> 肝細胞癌がない																			
治療	注射薬	<input type="checkbox"/> 薬剤名( ) (単位 ・週 回)																		
		<input type="checkbox"/> ウルソデオキシコール酸																		
	<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤		<input type="checkbox"/> 経口抗ウイルス剤	
	<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン		<input type="checkbox"/> インターフェロン	
	内服薬		<input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤																	
		<input type="checkbox"/> 特殊アミノ酸製剤																		
		<input type="checkbox"/> その他 ( )																		
検査	<input type="checkbox"/> 腹部超音波		<input type="checkbox"/> 腹部超音波																	
	<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> CT	
	<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> MRI	
	<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡	
	<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能		<input type="checkbox"/> 肝機能	
	<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般		<input type="checkbox"/> 血液一般	
	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	
	<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー		<input type="checkbox"/> ウイルスマーカー	
	<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー		<input type="checkbox"/> 線維化マーカー	
	<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導	
<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		<input type="checkbox"/> その他( )		
観察項目 (アセスメント)	<input type="checkbox"/> 食欲不振 (無・有)		<input type="checkbox"/> 食欲不振 (無・有)																	
	<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 倦怠感 (無・有)	
	<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)		<input type="checkbox"/> むくみ (無・有)	
	<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)		<input type="checkbox"/> 腹部膨満感 (無・有)	
患者さんへの 説明	<input type="checkbox"/> 血液検査データの説明		<input type="checkbox"/> 血液検査データの説明																	
	<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明		<input type="checkbox"/> 画像診断の説明	
バリエーション	無・有		無・有																	
医師コメント																				
次回予約日	20 年 月 日		20 年 月 日																	