

### 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	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-II <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI)	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-II <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI)
投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬		<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	
注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)		<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-II <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI)	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> 腎機能	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 (NH3・ビリルビン) <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-II <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> 必要に応じて胃内視鏡
投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬		<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	
注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)		<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 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。