# 連携ノート

名　前

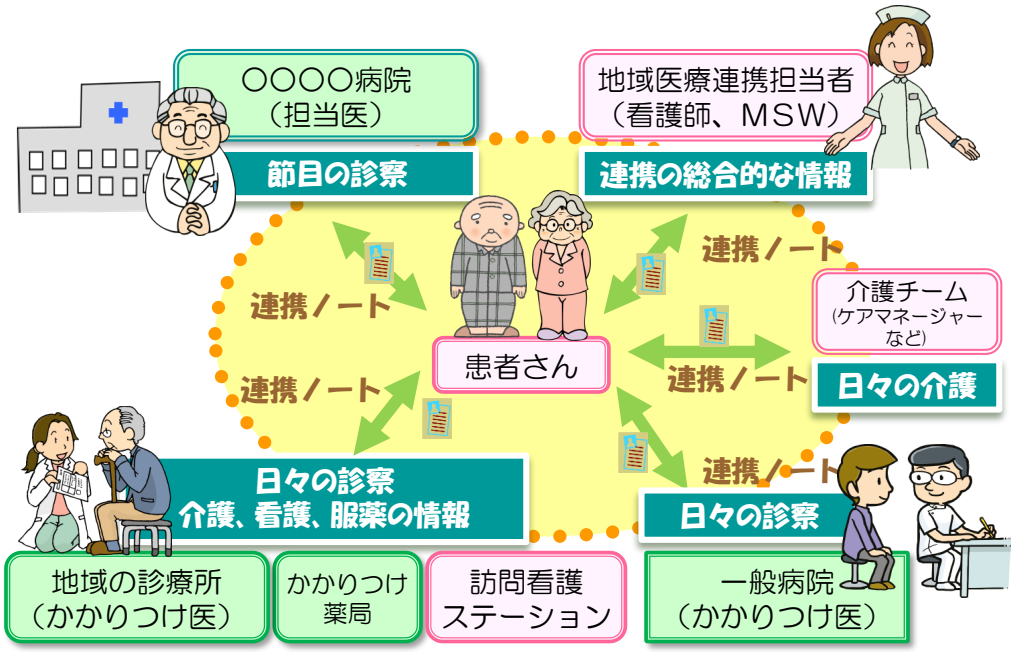
がん診療連携拠点病院
○○○○病院

## 肝がん術後地域連携パス　もくじ

地域連携パスとは
私の診療情報
決定した連携医療機関の一覧
治療について
肝がんについて
あなたの主治医の役割
主な症状
退院後の日常生活について
肝がん治療後の再発抑制治療と注意点について
肝がん治療に関する連携計画書
血液検査の説明
患者さん用メモ
連携ノートの使い方

# 地域連携パスとは

地域連携パスとは、地域のかかりつけ医と○○○○病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「地域連携計画書」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と○○○○病院の医師が協力してあなたの治療を行います。




この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と○○○○病院が協力し、患者さんの視点に立って安心で質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。



# 私の診療情報

記載日　年　月　日

| |
|---|
| 名　前 |
| 生年月日 M・T・S・H　年　月　日 |
| 住　所 |
| 電　話 |
| 緊急連絡先電話番号 |
| 血 液 型　型　身長　cm　体重　kg |
| アレルギー・今までにかかった病気<br>□ アレルギー性疾患（　）<br>□ 心臓・肺の病気（　）<br>□ その他（　） |
| 介護情報について |

## 決定した連携医療機関の一覧

| |
|---|
| かかりつけ医<br><br>（電話　　－　　－　　） |
| 調剤薬局<br><br>（電話　　－　　－　　） |
| 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等<br><br>（電話　　－　　－　　） |
| 連携病院<br><br>（電話　　－　　－　　） |
| ○○○○病院<br><br>担当医（　　）<br>（電話：○○○ - ○○○ - ○○○○ ） |
| その他 |



## 治療について

| | |
|---|---|
| 1. 治療日<br>治療法 | 年　　月　　日 |
| 2. 治療日<br>治療法 | 年　　月　　日 |
| 3. 治療日<br>治療法 | 年　　月　　日 |
| 4. 治療日<br>治療法 | 年　　月　　日 |

# 肝がんについて

肝がんの患者さんの多くにC型肝炎やB型肝炎というウイルス感染、アルコール多飲、脂肪肝などがみられ、さらに自己免疫などが関与することもあります。そのため、たいていの方が慢性肝炎や肝硬変といった病気を併存しています。従って肝がんの治療に際しては、がんと平行して平素から肝機能のチェックや注射、投薬が必要となりますが、この日常の診療をかかりつけ医に行っていただきます。

CT、MRIやエコーなどの肝がんの専門的な定期検査は○○○○病院で受けていただきます。肝がんは治療しても高率に再発する病気ですが、その時の肝機能や肝硬変の程度を天秤にかけながら、がんの治療法を考えていく必要があります。

CTなどで再発が見つかった場合は、○○○○病院で腫瘍の大きさや場所と肝予備能を検討した上で、各々に適した治療を受けていただきます。



肝がんの治療には以下のものがあります。

1）肝切除術（開腹、腹腔鏡、ロボット）
2）穿刺焼灼療法（ラジオ波、マイクロ波）
3）エタノール注入療法
4）経肝動脈化学塞栓療法
5）肝動注療法
6）全身薬物療法（分子標的薬・免疫チェックポイント阻害薬の内服／静注 ）
7）放射線・粒子線療法
8）肝移植（脳死・生体）

それぞれの治療には適応基準があり、各患者さんの肝予備能と腫瘍の状況を考え合わせながら、最善の治療法を検討いたします。

なお、肝移植（脳死）は神戸大学病院、肝移植（生体）は、神戸大学病院、神戸市立医療センター中央市民病院において実施しています。

# あなたの主治医の役割

## 1. かかりつけ医では

肝がんの治療が終了し○○○○病院を退院された後は、地域のかかりつけ医の先生に日常診療をしていただきます。

おもに、

1）1ヶ月毎の肝炎の血液検査
2）肝炎治療薬を含めたお薬の処方
3）肝炎治療の注射が必要な方は、その注射
4）腹水やむくみが出てきた時の診療と治療
5）風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療

などを行っていただきます。



## 2. ○○○○病院では

**原則として3～4ヶ月毎**に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部CT検査（または腹部超音波検査、腹部MRI検査）を3～4ヶ月毎に受けていただきます。

その結果は、毎回、かかりつけ医に報告致します。

肝がんの再発が疑われた場合は、肝機能や肝硬変の程度、さらに画像診断の追加などで腫瘍の場所や大きさを考えながら治療法を検討し、入院加療を予定いたします。

また、肝性脳症（意識がおかしくなる）や難治性の腹水が出現した時も入院を検討いたします。

# 主な症状

肝臓は無言の臓器といわれますが、症状としては一般に肝がんの進行もしくは肝炎・肝硬変がすすんで肝機能が低下するための症状がおもになります。

○全身倦怠感　←　肝機能低下、栄養不良
○腹部膨満、息切れ　←　腹水、胸水貯留
○出血傾向　←　凝固因子減少、血小板減少
○吐血、下血　←　びらん性出血性胃炎、
　　食道静脈瘤破裂、門脈圧亢進症
○こむら返り　←　乳酸の増加／肝代謝低下
○意識朦朧、手の震え　←　アンモニア増加／肝性脳症
○下腿浮腫　←　低蛋白、低アルブミン／肝代謝低下
○黄疸　←　肝機能低下



# 退院後の日常生活について

## 1. 安静と運動

過去には安静が強調されてきましたが、現在では適度な運動が必要です。

適度な運動とは、**1日30分程度の散歩**で、毎日、続けることが大切です。ただし、腹水・黄疸・肝性脳症（意識がおかしくなる）があるときや、AST（GOT）、ALT（GPT）が高い時（200以上）は安静が必要です。

## 2. 食事

穀類を中心に野菜を多くとって下さい。脂肪・塩分はとりすぎないようにして下さい。過剰な鉄分も必要ありません。タンパク質は動物性（肉など）よりも植物性（大豆・豆腐など）のものを多くとって下さい。食後1時間は安静にして下さい。

肝性脳症を起こしたことがある人はタンパク質（特に肉類）のとりすぎに注意して下さい。腹水の貯まったことのある人は特に塩分を控えて下さい。

## 3. アルコール

基本的に肝臓が悪い人は**飲酒できません。**

## 4. 風呂

熱い風呂・長風呂は避けて下さい。**食後1時間は入浴をさけて**下さい。

## 5. 旅行

腹水・黄疸・肝性脳症がなければ、可能です。ただし、無理のないスケジュールで。

## 6. 肝炎ウイルス感染予防

出血時の血液付着物の処理は自分でして下さい。かみそり・歯ブラシなどは共用しないようにして下さい。乳幼児との接触は特に問題はありませんが、食べ物の口移しはしないようにして下さい。



# 肝がん治療後の再発抑制治療と注意点について

## 1. B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎、肝硬変を合併している場合

1）病態によっては抗ウイルス薬の内服を行うことがあります。

## 2. C型肝炎ウイルスによる慢性肝炎、肝硬変を合併している場合

1）病態によってはウイルスの排除を目的として、抗ウイルス療法を行うことがあります。
2）肝臓の炎症を抑える注射や内服薬を続けることがあります。
3）肝がんの再発抑制のため続けて抗ウイルス療法を行うことがあります。

## 3. 肝硬変を合併している場合

1）腹水や、肝性脳症の出現にも気をつける必要があります。
2）食道静脈瘤のチェックをするために定期的な内視鏡検査が必要です。

# 肝がん治療に関する連携計画書(1～6ヶ月)

| 診療場所 | | かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|---|---|
| 経　過 | | 1ヶ月 | 2ヶ月 | 3ヶ月 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 検　査 | | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| ALT | | | | |
| AlB | | | | |
| T-Bil | | | | |
| PT(%) | | | | |
| NH3 | | | | |
| AFP | | | | |
| PIVKA-Ⅱ | | | | |
| RBC | | | | |
| Hb | | | | |
| Plt | | | | |
| BUN | | | | |
| Crea | | | | |
| | | | | |
| 体　重 | | kg | kg | kg |
| 症状など | むくみ | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | 痛み ＊ | | | |
| | 食欲不振 ＊ | | | |
| | 不眠 ＊ | | | |
| | 不安 ＊ | | | |
| | 気持のつらさ＊ | | | |
| その他 | | | | |

＊「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさは
0 症状ない 1 現在の方法で満足 2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい 4 ずっと我慢できない状態が続いている で記載



かかりつけ医における採血に関して
Ⅰ)原則はパスの通りに行う。
Ⅱ)ただし、症例によっては、採血期間をかかりつけ医の判断にて変更することができる。

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|
| 4ヶ月 | 5ヶ月 | 6ヶ月 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kg | kg | kg |
| ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

メモ

上記の受信日はおおまかなめやすです。定期受信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。

# 肝がん治療に関する連携計画書(7ヶ月～1年)

| 診療場所 | | かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|---|---|
| 経　過 | | 7ヶ月 | 8ヶ月 | 9か月 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 検　査 | | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| ALT | | | | |
| AlB | | | | |
| T-Bil | | | | |
| PT(%) | | | | |
| NH3 | | | | |
| AFP | | | | |
| PIVKA-Ⅱ | | | | |
| RBC | | | | |
| Hb | | | | |
| Plt | | | | |
| BUN | | | | |
| Crea | | | | |
| | | | | |
| 体　重 | | kg | kg | kg |
| 症状など | むくみ | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | 痛み ＊ | | | |
| | 食欲不振 ＊ | | | |
| | 不眠 ＊ | | | |
| | 不安 ＊ | | | |
| | 気持のつらさ＊ | | | |
| その他 | | | | |

＊「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさは
0 症状ない　1 現在の方法で満足　2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい　4 ずっと我慢できない状態が続いている で記載



かかりつけ医における採血に関して
Ⅰ)原則はパスの通りに行う。
Ⅱ)ただし、症例によっては、採血期間をかかりつけ医の判断にて変更することができる。

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|
| 10ヶ月 | 11ヶ月 | 1年 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー<br>☐ 必要に応じて<br>胃内視鏡 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| kg | kg | kg |
| ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

メモ

上記の受信日はおおまかなめやすです。定期受信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。

# 肝がん治療に関する連携計画書(1年1ヶ月～1年6ヶ月)

| 診療場所 | | かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|---|---|
| 経　過 | | 1年1ヶ月 | 1年2ヶ月 | 1年3ヶ月 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 検　査 | | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| ALT | | | | |
| AlB | | | | |
| T-Bil | | | | |
| PT(%) | | | | |
| NH3 | | | | |
| AFP | | | | |
| PIVKA-Ⅱ | | | | |
| RBC | | | | |
| Hb | | | | |
| Plt | | | | |
| BUN | | | | |
| Crea | | | | |
| | | | | |
| 体　重 | | kg | kg | kg |
| 症状など | むくみ | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | 痛み ＊ | | | |
| | 食欲不振 ＊ | | | |
| | 不眠 ＊ | | | |
| | 不安 ＊ | | | |
| | 気持のつらさ＊ | | | |
| その他 | | | | |

＊「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさは
0 症状ない　1 現在の方法で満足　2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい　4 ずっと我慢できない状態が続いている で記載



かかりつけ医における採血に関して
Ⅰ)原則はパスの通りに行う。
Ⅱ)ただし、症例によっては、採血期間をかかりつけ医の判断にて変更することができる。

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|
| 1年4ヶ月 | 1年5ヶ月 | 1年6ヶ月 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kg | kg | kg |
| ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

メモ

上記の受信日はおおまかなめやすです。定期受信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。

# 肝がん治療に関する連携計画書(1年7ヶ月～2年)

| 診療場所 | | かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|---|---|
| 経　過 | | 1年7ヶ月 | 1年8ヶ月 | 1年9か月 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 検　査 | | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| ALT | | | | |
| AlB | | | | |
| T-Bil | | | | |
| PT(%) | | | | |
| NH3 | | | | |
| AFP | | | | |
| PIVKA-Ⅱ | | | | |
| RBC | | | | |
| Hb | | | | |
| Plt | | | | |
| BUN | | | | |
| Crea | | | | |
| | | | | |
| 体　重 | | kg | kg | kg |
| 症状など | むくみ | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | 痛み ＊ | | | |
| | 食欲不振 ＊ | | | |
| | 不眠 ＊ | | | |
| | 不安 ＊ | | | |
| | 気持のつらさ＊ | | | |
| その他 | | | | |

＊「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさは
0 症状ない　1 現在の方法で満足　2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい　4 ずっと我慢できない状態が続いている で記載



かかりつけ医における採血に関して
Ⅰ)原則はパスの通りに行う。
Ⅱ)ただし、症例によっては、採血期間をかかりつけ医の判断にて変更することができる。

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|
| 1年10ヶ月 | 1年11ヶ月 | 2年 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー<br>☐ 必要に応じて<br>胃内視鏡 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| kg | kg | kg |
| ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

メモ

上記の受信日はおおまかなめやすです。定期受信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。

# 肝がん治療に関する連携計画書(2年1ヶ月～2年6ヶ月)

| 診療場所 | | かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|---|---|
| 経　過 | | 2年1ヶ月 | 2年2ヶ月 | 2年3ヶ月 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 検　査 | | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| ALT | | | | |
| AlB | | | | |
| T-Bil | | | | |
| PT(%) | | | | |
| NH3 | | | | |
| AFP | | | | |
| PIVKA-Ⅱ | | | | |
| RBC | | | | |
| Hb | | | | |
| Plt | | | | |
| BUN | | | | |
| Crea | | | | |
| | | | | |
| 体　重 | | kg | kg | kg |
| 症状など | むくみ | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | 痛み ＊ | | | |
| | 食欲不振 ＊ | | | |
| | 不眠 ＊ | | | |
| | 不安 ＊ | | | |
| | 気持のつらさ＊ | | | |
| その他 | | | | |

＊「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさは
0 症状ない　1 現在の方法で満足　2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい　4 ずっと我慢できない状態が続いている で記載



かかりつけ医における採血に関して
Ⅰ)原則はパスの通りに行う。
Ⅱ)ただし、症例によっては、採血期間をかかりつけ医の判断にて変更することができる。

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|
| 2年4ヶ月 | 2年5ヶ月 | 2年6ヶ月 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Kg | kg | kg |
| ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

メモ

上記の受信日はおおまかなめやすです。定期受信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。

# 肝がん治療に関する連携計画書(2年7ヶ月～3年)

| 診療場所 | | かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|---|---|
| 経　過 | | 2年7ヶ月 | 2年8ヶ月 | 2年9か月 |
| 月　日 | | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 検　査 | | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| ALT | | | | |
| AlB | | | | |
| T-Bil | | | | |
| PT(%) | | | | |
| NH3 | | | | |
| AFP | | | | |
| PIVKA-Ⅱ | | | | |
| RBC | | | | |
| Hb | | | | |
| Plt | | | | |
| BUN | | | | |
| Crea | | | | |
| | | | | |
| 体　重 | | kg | kg | kg |
| 症状など | むくみ | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | 痛み ＊ | | | |
| | 食欲不振 ＊ | | | |
| | 不眠 ＊ | | | |
| | 不安 ＊ | | | |
| | 気持のつらさ＊ | | | |
| その他 | | | | |

＊「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさは
0 症状ない　1 現在の方法で満足　2 ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3 我慢できないことがあり、対応してほしい　4 ずっと我慢できない状態が続いている で記載



かかりつけ医における採血に関して
Ⅰ)原則はパスの通りに行う。
Ⅱ)ただし、症例によっては、採血期間をかかりつけ医の判断にて変更することができる。

| かかりつけ医 | かかりつけ医 | ○○○○病院 |
|---|---|---|
| 2年10ヶ月 | 2年11ヶ月 | 3年 |
| 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査 | ☐ 血液検査<br>☐ 検尿<br>☐ お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー<br>☐ 必要に応じて<br>胃内視鏡 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| kg | kg | kg |
| ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし | ☐ あり ☐ なし |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

メモ

上記の受信日はおおまかなめやすです。定期受信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。

# 血液検査の説明

**ALT(GPT)**
酵素の一種です。肝機能障害などで上昇します。

**AlB(アルブミン)**
蛋白質の一種です。健康や栄養状態を調べます。

**T-Bil(総ビリルビン)**
黄疸の指標です。肝疾患、溶血性貧血などで上昇します。

**PT(%)**
血液が固まるまでの時間を調べます。血液をサラサラにする薬を服用している場合は、薬の効果の目安になります。

**NH3(アンモニア)**
肝機能検査の一つで、肝硬変の場合などで上昇します。

**RBC(赤血球数)**
貧血の有無を調べます。

**Hb(ヘモグロビン)**
酸素を運びます。貧血の診断に用います。

**Plat(血小板数)**
出血を止める時に働きます。

**BUN(尿素窒素)、Cre(クレアチニン)**
蛋白質の老廃物です。腎臓から尿中へ排出されるので腎臓機能の目安になります。

**血液学検査WBC(白血球数)**
身体の防御等に関係した血液中の細胞です。炎症性の病気などで増加し、抗癌剤で骨髄機能が障害されると低下します。

**生化学検査AST(GOT)**
酵素の一種です。肝機能障害や心筋梗塞で上昇します。

**γ-GTP**
酵素の一種です。肝機能障害、胆道の障害、過度の飲酒などで上昇します。

**ALP**
酵素の一種です。肝臓や胆道系の病変で上昇します。

**TP(総蛋白)**
血清中の蛋白の総量です。肝臓病や栄養障害で低下します。

**T-chol(脂質・代謝)**
総コレステロール脂肪の一種。栄養障害では低下します。

**腫瘍マーカー　PIIVKA-Ⅱ、AFP**
再発すると上昇することがあり再発の目安になります。



# 患者さん用メモ

| 年月日 | 連絡事項等あればご記入ください | 医師・看護師のコメント |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# 患者さん用メモ

| 年月日 | 連絡事項等あればご記入ください | 医師・看護師のコメント |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |



# 連携ノートの使い方

- 連携ノートには、以下の内容が綴られています。

1. 私の診療情報
2. 決定した連携医療機関の一覧と連絡先
3. 地域連携 計画書（患者さん用連携パス）
   - ・5年～10年先までの診療の計画をたてたものです。
   - ・「いつ・どこを受診するのか」といった予定が一目でわかるほか検査結果なども記入できるようになっています。
4. 自己チェックシート（任意）
   - ・患者さんの手術後の体の状態をチェックする用紙です。
5. おくすり手帳（任意）

- 患者さんの状態や思いは「連携ノート」を通して情報交換を行います。
- 連携ノートは、患者さんと医療機関が連携して患者さん中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。
- 患者さんの個人情報が含まれますので、患者さんご自身でしっかりと管理していただく必要があります。

＊医療機関を受診される際には忘れずお持ちください

ご心配な点があれば、まずはかかりつけ医（連携医）にご相談ください。かかりつけ医（連携医）から当院への円滑な受診が可能になっております。

かかりつけ医（連携医）

TEL：

連携病院

TEL：

〇〇〇〇病院

TEL：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

平日（△:△△-△:△△）：地域医療連携室

平日時間外（△:△△-△:△△ ）及び土、日、祝祭日：日直/夜間当直