

肝がん地域連携パス(治療計画書)

患者情報

大崎市民病院ID	0
ふりがな	0
患者氏名	0 様
性別	0
生年月日	明治33年1月0日

今回の肝がんの状態

最大径	cm
個数	個
脈管侵襲	有・無
肝外転移	有・無
Stage	I・II・III IV-A・IV-B

退院時の体の状態

腹水	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 軽度
	<input type="checkbox"/> 中等度以上
脳症	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 軽度(Ⅰ～Ⅱ)
	<input type="checkbox"/> 高度(Ⅲ以上)

その他

	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 大崎市民病院						
退院後	ヶ月						
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()
投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)

<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 大崎市民病院							
ヶ月							
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 投薬							
<input type="checkbox"/> 注射(点滴)							

<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 大崎市民病院							
ヶ月							
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 血算・肝機能 <input type="checkbox"/> AFP・PIVKA-Ⅱ <input type="checkbox"/> 腹部US・CT(MRI) <input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 投薬							
<input type="checkbox"/> 注射(点滴)							

計画策定病院／大崎市民病院外科・消化器内科	かかりつけ医:
説明日: 令和 年 月 日	説明日: 令和 年 月 日
主治医:	主治医:
地域連携パスについて説明を受け同意します。 令和 年 月 日	地域連携パスについて説明を受け同意します。 令和 年 月 日
患者又は 家族同意欄: (続柄)	患者又は 家族同意欄: (続柄)