**肝がん　連携パス**氏名　　　　　　　　　　　　　　　　様

　**目標　　①定期的に検査が受けられる**　病院名　　　　　　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　電話　　　（　　）

**②病状が安定している**　かかりつけ医　　　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　電話　　　（　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＊今後は、かかりつけ医と当院担当医が共同で診療にあたります。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**＊入院が必要なときは、いつでも（拠点病院名）が受け入れます。**

　　　　　　　　　　　　　　　＝かかりつけ医受診月　　　　**＊肝がん以外の検診は、毎年受けましょう。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 経過月 | 退院時 | １年目（２年目以降も同様なスケジュールとなります） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1ケ月 | 2ケ月 | 3ケ月 | 4ケ月 | 5ケ月 | 6ケ月 | 7ケ月 | 8ケ月 | 9ケ月 | 10ケ月 | 11ケ月 | 12ケ月 |
| 受診先 |  | 拠点病院 |  | 拠点病院 |  |  | 拠点病院 |  |  | 拠点病院 |  |  | 拠点病院 |
| 日付（　　　　　）年 |  | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| 【診察】 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 全身状態（血圧、体温、体重） |
| 問診（全身症状、腹部症状） |
| 視触診（貧血、黄疸、腹部膨満、浮腫、腫瘤） |
| 【血液検査】 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 血算、生化学 |
| （白血球、Hb値、血小板、Albumin、AST、 |
| ALT、T-Bil、D-Bil、ALP、γGTP、Cr） |
| 腫瘍マーカー（AFP、PIVKA-ll） |
| プロトロンビン時間 |
| 【画像診断】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腹部ＵＳ（適応については当該拠点病院に委ねる） |  |  |  | ○ |  |  | ○ |  |  | ○ |  |  | ○ |
| ＣＴまたはＭＲＩ |  |  |  | ○ |  |  | ○ |  |  | ○ |  |  | ○ |
| 上部内視鏡検査（胃カメラ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○ |
| 他臓器癌に対する検診を勧める |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ○ |