

肝癌治療後・安定期 地域連携診療計画表

1 年目の診療予定表

様

計画策定病院: 順天堂大学医学部附属静岡病院	担当医: (電話: 055-948-3111)	調剤薬局名: (電話:)
連携医療機関:	担当医: (電話:)	調剤薬局名: (電話:)

	移行日	3ヶ月 ※4	6ヶ月	9ヶ月 ※4	1年
達成目標 治療後連携による フォローアップ	/	/	/	/	/
連携、連絡 治療後連携の説明 治療後後遺症、再発等発生時の連絡先確認					
教育・指導 生活指導 服薬指導		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
投薬 ()		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診察・検査					
全身状態 体重 退院時(kg)	kg	kg	kg	kg	kg
問診 全身症状・腹部症状		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
理学所見 黄疸・腹水・浮腫・その他		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査	血算	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
	生化学 ※1	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
	腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-Ⅱ) ※2	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
	腹部超音波検査 ※3	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
	腹部CT検査 ※3	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>
	腹部MRI検査 ※3	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>

- ※1 連携医療機関の生化学検査はGOT、GPT、ALB、T-Bilの4項目は必須。他の項目については特に定めない。
- ※2 連携医療機関の腫瘍マーカー検査は必要に応じて実施、実施はAFPまたはPIVKA-Ⅱいずれか一方で可。
- ※3 連携医療機関は可能であれば、腹部超音波検査・腹部CT検査いずれかを施行。計画策定病院は腹部超音波検査・腹部CT検査・腹部MRI検査いずれかを必須。
- ※4 連携医療機関のフォローアップ時期は、患者の状態に応じて1ヶ月毎でも可。

●安定期の開始は計画策定病院の担当医の判断で行う。

●再発がなければ、5年以降は基本健診、職場検診や人間ドックを有効利用する。