

肝癌治療後・急性期 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:)

今回の肝癌の状態

腫瘍の局在・個数 (S) (個)
 腫瘍最大径 (mm)
 今回の治療方法 OP RFA TACE 陽子線 その他: _____
 Stage(肝癌取扱い規約5版) T: N: M: stage:

背景肝

HBs抗原 (+ / -)
 HCV抗体 (+ / -)
 アルコール性 (+ / -)
 その他: _____

治療前腫瘍マーカー

AFP ng/ml
 AFP L3分画 %
 PIVKA II mAU/ml
 その他: _____

	退院日	退院後初回	1ヶ月 ※4	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
教育・指導 生活指導 服薬指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kg	kg	kg	kg	kg	kg	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<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"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<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"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<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"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<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"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<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"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	(<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>)	<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変更可。(計画策定病院の受診と受診の間に1回か2回)

●安定期への移行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。