

肝がん術後フォロー連携パス(1～6ヶ月)

診療場所	市立旭川病院	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月日	月日	月日	月日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH3				
AFP				
PIVKA-II				
WBC				
Hb				
Plt				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)				

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(7ヶ月～1年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(1年1~6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
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	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重			
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(1年7ヶ月～2年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(2年1~6ヶ月)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
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	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

肝がん術後フォロー連携パス(2年7ヶ月～3年)

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA-II			
WBC			
Hb			
Plt			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ (画像所見など)			

かかりつけ医	かかりつけ医	市立旭川病院
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> X線検査(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT またはMRI またはエコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 変更・追加あり
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ