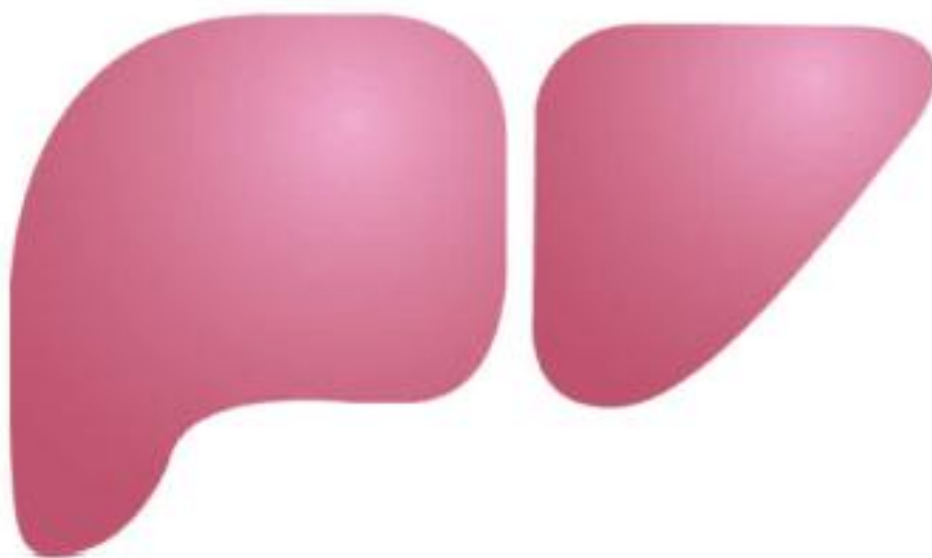


神奈川県医療連携手帳

肝がん

肝がん治療後経過観察



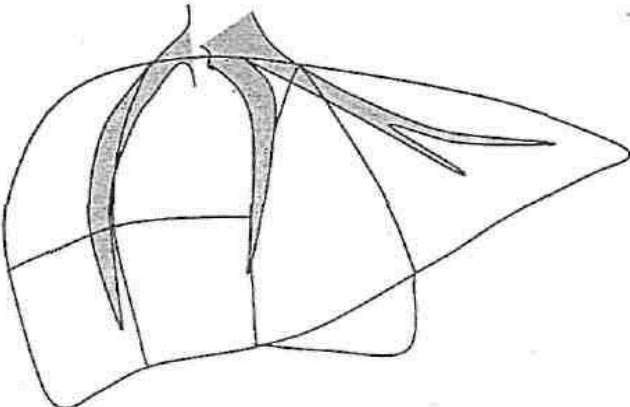
済生会横浜市南部病院

患者情報（医療連携手帳 肝がん）

患 者	ふりがな：		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	氏名			<input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H（ ）年 (西暦 年) 月 日生 () 歳
入 院 時 情 報	入院日	平成 年 月 日	診断日	平成 年 月 日
	身長	cm	体重	kg
	飲酒歴	アレルギー歴・禁忌薬		
	既往歴	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ ） 併存疾患： <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 糖尿病・ <input type="checkbox"/> 高血圧・ <input type="checkbox"/> 脳血管疾患・ <input type="checkbox"/> 心疾患・ <input type="checkbox"/> 腎疾患・ <input type="checkbox"/> 気管支喘息・ <input type="checkbox"/> その他（ ）】		
	肝障害の原因	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	症状	肝性脳症 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> ときどき昏睡） 他の症状 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ ）		
	画像診断	腫瘍占居部位 S（ <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5・ <input type="checkbox"/> 6・ <input type="checkbox"/> 7・ <input type="checkbox"/> 8） 腫瘍個数（ ）個 最大腫瘍径（ ）mm 脈管侵襲 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり 腹水 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 少量・ <input type="checkbox"/> 中等量以上） 食道胃静脈瘤 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> 不明		
	肝機能	<input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> キャリア <input type="checkbox"/> 不明 Child-Pugh分類【 点】※1 <input type="checkbox"/> A（5～6点） <input type="checkbox"/> B（7～9点） <input type="checkbox"/> C（10～15点）		
進行度	Stage（ <input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II・ <input type="checkbox"/> III・ <input type="checkbox"/> IVA・ <input type="checkbox"/> IVB）※2			

平成 年 月 日

紹介元 医療機関名 _____ . 医師名 _____ .

入院中の経過	治療日	第1回治療日 平成 年 月 日 第2回治療日 平成 年 月 日 ()
	治療法	<input type="checkbox"/> RFA; 経皮的ラジオ波焼灼療法 <input type="checkbox"/> PEIT; 経皮的エタノール注入療法 <input type="checkbox"/> TACE; 肝動脈化学塞栓療法 (薬剤:) <input type="checkbox"/> TAI; 肝動脈化学療法 (薬剤:) <input type="checkbox"/> HAIC; 肝動注化学療法 (薬剤:) <input type="checkbox"/> 全身化学療法・分子標的治療 (薬剤:) <input type="checkbox"/> 手術 (術式:) <input type="checkbox"/> その他 ()
	経過	
退院時情報	退院日	平成 年 月 日
	副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬剤:)
		退院後の経過観察の要点
(処方内容) 今後の治療	今後の治療： 処方： ① ② ③ ④ ⑤ ⑥	

※1参考 Child-Pugh分類表

スコア			
	1	2	3
脳症	(-)	軽度	ときどき昏睡
腹水	(-)	少量	中等量
血清ビリルビン (mg/dL)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
血清アルブミン (g/dL)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満
プロトン活性値(%)	70超	40~70	40未満
ChildA : 合計スコア 5~6点 ChildB : 合計スコア 7~9点 ChildC : 合計スコア 10~15点			

※2参考 進行度分類表

	T因子	N因子	M因子
Stage I	T1	NO	MO
Stage II	T2	NO	MO
Stage III	T3	NO	MO
Stage IVA	T4	NO	MO
	T1,T2,T3,T4	N1	MO
Stage IVB	T1,T2,T3,T4	NO,N1	M1

	T1	T2	T3	T4
①腫瘍個数 単発 ②腫瘍径2cm以下 ③脈管侵襲なし	①②③すべて合致	2項目合致	1項目合致	すべて合致せず

連携元病院医師
退院時の特記事項

連携元病院医師
自由記載欄



連絡先

連携元病院	病院名／科名	済生会横浜市南部病院 消化器内科
	主治医名	
	電話番号	045 (832) 1111 (代表)
	FAX番号	
	診察券番号	
	備考	
かかりつけ医療機関	病院名／科名	
	主治医名	
	電話番号	
	FAX番号	
	診察券番号	
	備考	
その他医療機関	病院名／科名	
	主治医名	
	電話番号	
	FAX番号	
	診察券番号	
	備考	
かかりつけ薬局	薬局名	
	電話番号	
	FAX番号	
	内服薬	
	備考	

その他：

地域連携クリティカルパス (医療連携手帳)

1-1

あなたの治療経過を共有できる地域連携クリティカルパス（医療連携手帳）を活用し、かかりつけ医療機関医師と連携元病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

肝がんの術後は定期的な通院、検査で再発の早期発見をすることと、肝機能を悪化させないことが重要です。

医療連携手帳を利用することにより、がん患者さんが治療を受けた後、連携元病院とかかりつけ医療機関が患者さんの診療計画、検査結果、治療経過を共有することにより、安心・安全で質の高い医療を切れ目なく提供することができます。

医師は、この手帳を利用することが患者さんの療養生活や診療方針に役立つと考える場合、利用をお勧めし、関係する医療機関、患者さんやご家族と相談しながら運用を進めます。なお、患者さんからの使用中の変更・中止の申し出にも応じます。

十分な機能回復が果たせますように、医療者のみならず手術を受けられた方・御家族の方々の御理解・御協力をお願いします。

(この医療連携手帳は、東京都医療連携手帳を基に作成しています。)

地域連携クリティカルパス 1-2

かかりつけ医と連携元病院の医師の役割

【かかりつけ医の役割】

- 病気の予防・日常の健康管理を行います。（生活習慣病などの管理は、身近なかかりつけ医が必要です。）
- 専門的治療（連携元病院や他の医療機関・専門病院への受診）の必要性を判断します。
- 風邪など一般的な病気のことやちょっとした心配ごとなどが気軽に相談できます。

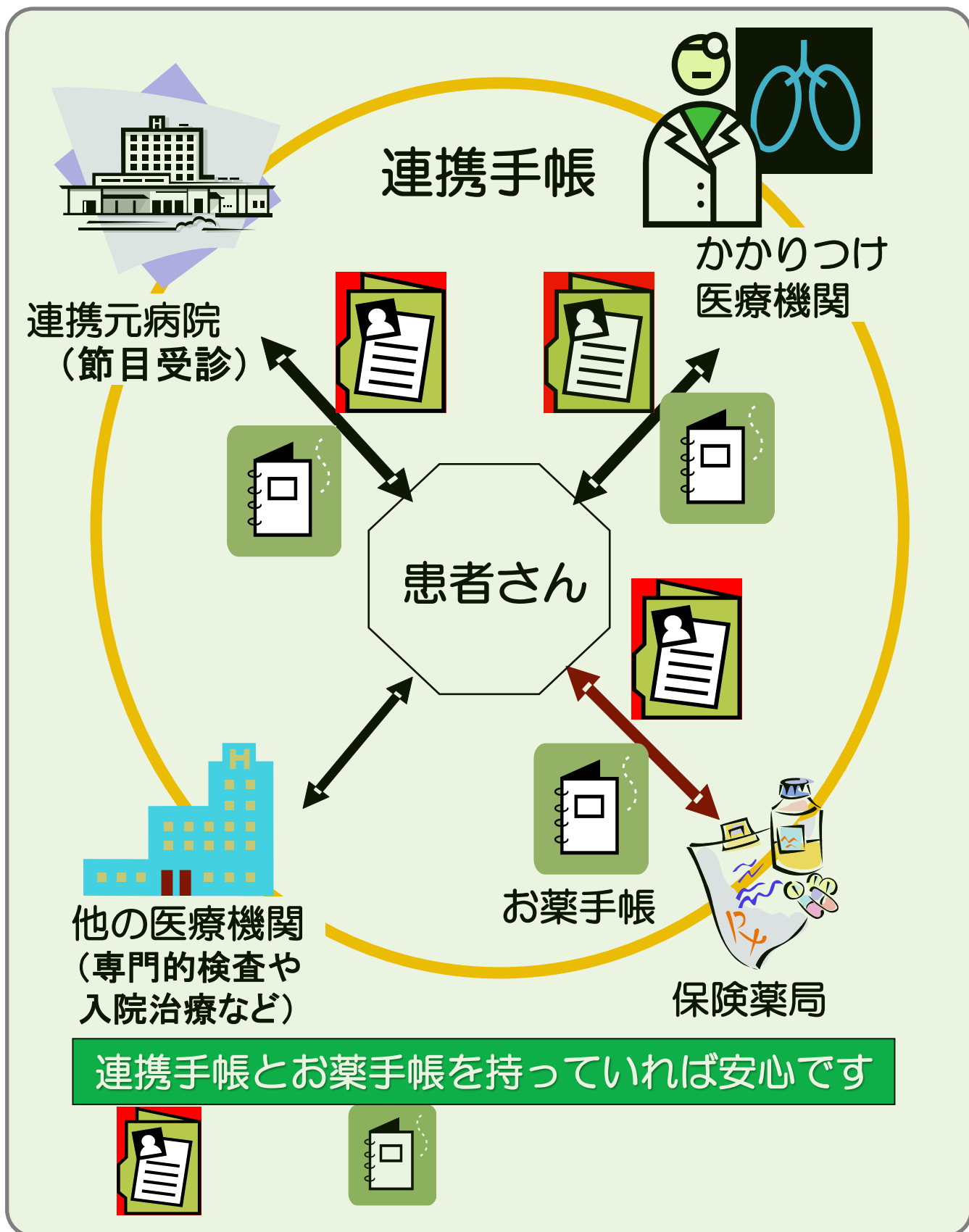
【連携元病院の医師の役割】

- 定期的な診療を行います。（かかりつけ医と情報交換しながら、年に1回以上の診察）
- 専門的な検査・診察・入院治療・手術を行います。
- 緊急を要する場合、必要な対応を行います。

地域連携クリティカルパス

1-3

連携手帳を用いた診療の流れ



肝がん（肝細胞がん）の多くは慢性肝炎・肝硬変に発生します。がんを根治的に治療しても、3年で50～70%の再発を認めます。しかし、再発しても肝機能が保たれていて個数が限られていれば、再度根治的治療が可能です。そのため、一定のスケジュールにしたがって再発の有無を確認する検査が必要となります。

また、肝機能が悪化すると腹水が貯留したり、黄疸が出たり、食道静脈瘤から出血する危険性があります。したがって、肝機能検査や内視鏡検査も行う必要があります。

かかりつけ医療機関や連携元病院で診察を受けていただき、肝機能の変化やがん再発の有無を確認してください。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医療機関が行い、専門的な治療や定期的な検査は治療を施行した連携元病院が行います。

他の病気で別の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒にこの手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（8ページの図参照）。

●注意点

○風邪を引いたら？

ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医療機関にご相談ください。必要に応じて治療を施行した連携元病院を受診していただきます。

○食事について：

慢性肝炎や肝硬変の方は塩分のとりすぎに注意をしてください。アルコール摂取は肝機能を悪化させ、肝がん発生の危険性を増加させるので控えてください。

○内服薬について：

薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

○体重測定：

肝がん治療後は腹水や胸水が貯留しやすくなります。外見上は変化がなくても体重の変化で気付くことがあります。毎日決まった時間に体重を計り記録しておくといいでしょう。診察時には前もって所定の欄に体重を記入しておいて下さい。

○緊急時の連絡について：

夜間・土日・祝日などで、かかりつけ医療機関に連絡が取れない場合は、連携元病院に連絡を取ってください。

かかりつけ医療機関の 先生へ

3-1

○「神奈川県医療連携手帳」について

この手帳は、治療を施行した連携元病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

本手帳を持参された患者さんに対しては連携元病院医師とかかりつけ医療機関医師が協力しながらこれらの検査を行えるように診察検査予定を組んで頂けるようお願いいたします。

また、患者さんは肝障害に伴う疾患を併発することがあります。食道静脈瘤、高アンモニア血症、消化性潰瘍、糖尿病など比較的症状が露呈しにくい病態についても定期的な診察の中でご配慮いただけますようお願いいたします。

かかりつけ医療機関の 先生へ

3-2

○肝がんについて

肝がん（肝細胞がん）は肺、胃、大腸に続いて4番目に多いがんです。肝がんの9割以上は肝炎ウイルスの感染（8割がHCV、1.5割がHBV）が原因で、HCV持続感染者は慢性肝炎で年率0.5～5%、肝硬変で年率6～8%、HBV肝硬変で年率2.5～3%の頻度で肝がんを発症すると言われていいます。

本邦における診断と治療の基本的指針である「科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン2009年版」（金原出版、2009）では、C型慢性肝炎、B型慢性肝炎、肝硬変を肝がんの高危険群としています。さらに男性、高齢、アルコール多飲の因子が加わると超高危険群となり、肝がんのサーベイランスとして3～4か月毎の超音波検査、血液検査（PIVKA-II、AFP、AFP-L3分画）、6～12か月毎のCT/MRI検査を推奨しています。

多中心性発癌による新たな肝がんの発生と転移性再発のために肝がん治療後の再発率は高く年20～30%、5年間で80%に達すると言われていいます（日本肝臓学会編：肝癌診療マニュアル、医学書院、2010）。したがって、肝がん治療後のフォローアップにおいては、超高危険群のサーベイランス以上の綿密な検査が不可欠です。

ご不明な点は、連携元病院までお問い合わせください。

診察検査予定表（肝がん治療後）

●：連携元の病院で施行　○：連携先のかかりつけ医で施行

治療後経過												1年
治療年月日 (/ /)	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	
受診予定年月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
診察医療機関	連携元	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先
診 察	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○
血液検査	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○
C T	●			●			●			●		
M R I	●			●			●			●		
超音波	●			●			●			●		
内視鏡												
備 考												

診察検査予定表 (肝がん治療後)

●：連携元の病院で施行 ○：連携先のかかりつけ医で施行

治療後経過	1年	1年	1年	1年	1年	1年	1年	1年	1年	1年	1年	2年	2年目以降
治療年月日 (/ /)	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月		
受診予定 年月日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
診察 医療機関	連携元	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	連携元	連携先	連携先	
診 察	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	連携元または連携先の担当医とご相談ください
血液検査	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	
C T	●			●			●			●			
M R I	●			●			●			●			
超音波	●			●			●			●			
内視鏡													
備 考													

患者さん記入欄

1か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

2か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

3か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		1か月目	2か月目	3か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

4か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

5か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

6か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		4か月目	5か月目	6か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

7か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

8か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

9か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		7か月目	8か月目	9か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
AFP-L3				
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

10か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

11か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

12か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		10か月目	11か月目	12か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
AFP-L3				
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

1年1か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年2か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年3か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		1年1か月目	1年2か月目	1年3か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

1年4か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年5か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年6か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		1年4か月目	1年5か月目	1年6か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
AFP-L3				
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

1年7か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年8か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年9か月目

受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		1年7か月目	1年8か月目	1年9か月目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

患者さん記入欄

1年10か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

1年11か月目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

2年目 受診日 年 月 日

受診医療機関：かかりつけ医療機関 または 連携元病院 (体重
気になる症状が出現したらご記入ください。 kg)

◆地域連携診療計画書（肝がん治療後）

初回入院の退院日から		1年10か月目	1年11か月目	2年目
診療機関		連携元	連携先	連携先
外来受診日		年 月 日	年 月 日	年 月 日
血圧		/	/	/
検査	CT	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	MRI	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	超音波検査	年 月 日	年 月 日	年 月 日
腫瘍マーカー・採血 (検査結果添付)	T-Bil			
	AST			
	ALT			
	ALP			
	γGTP			
	Alb			
	Cr			
	Hb			
	血小板			
	プロトロンビン 活性(%)			
	PIVKA-II			
	AFP			
	AFP-L3			
治療	処方変更			
	服薬確認			
入院期間 (入院した場合)		年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
症状・治療 ・投薬等				
次回予約日		元・先 年 月 日	元・先 年 月 日	元・先 年 月 日

※採血・腫瘍マーカーについては、検査結果を添付してください。

医師 通信欄

年月日	コメント	医師名

検査結果貼付欄

A large, empty rectangular area with rounded corners, intended for pasting inspection results. The area is defined by a thin black border and occupies most of the page below the title.

検査結果貼付欄

A large, empty rectangular area with rounded corners, intended for pasting inspection results. The area is defined by a thin black border and occupies most of the page below the title.

肝がん術後の医療連携に関する同意書

_____病院 院長 殿

私は、 済生会横浜市南部病院 の_____医師より、
肝がん術後の地域連携クリティカルパスによる医療連携の説明を受けました。

連携先医療機関

_____クリニック・診療所・病院

医師_____先生

(連携元医療機関の医師が記入してください。)

平成_____年_____月_____日

済生会横浜市南部 病院_____科

説明医師署名_____。

神奈川県医療連携手帳（肝がん）を保持し、神奈川県肝がん医療
連携パスにのっとった連携診療を受けることに、

同意します

同意しません <いずれかに○をお願いします>

平成_____年_____月_____日

患者さんご署名：_____。

代諾者署名： _____（続柄：_____）

2部をA4コピーして、連携元病院と連携先医療機関(かかりつけ医)に1部ずつ渡します。

「神奈川県医療連携手帳」の使い方

あなたの治療経過を共有できる。「医療連携手帳」を活用し、かかりつけ医療機関と連携元病院の医師が協力して、治療を行います。利用に際し、6ページ「地域連携クリティカルパス1-1」～12ページ「かかりつけ医療機関の先生へ3-2」をお読みください。

1) 連携元病院の先生

患者さんにお渡しする前に1～4ページ「患者情報」、「特記事項」、「自由記載欄」を記入してください。標準的な「診察検査予定表」（13ページ）がありますので、患者さんへ説明する際にご利用ください。

同意書について：37ページの「肝がん術後の医療連携に関する同意書」の太線より上部の下線箇所すべてを記入してください。そして、同意のうえ、太線より下部に患者さんから署名をいただいでください。

2) 患者さん

初めて手帳を受け取ったら、裏表紙の氏名欄と5ページ「連絡先」を記入してください。

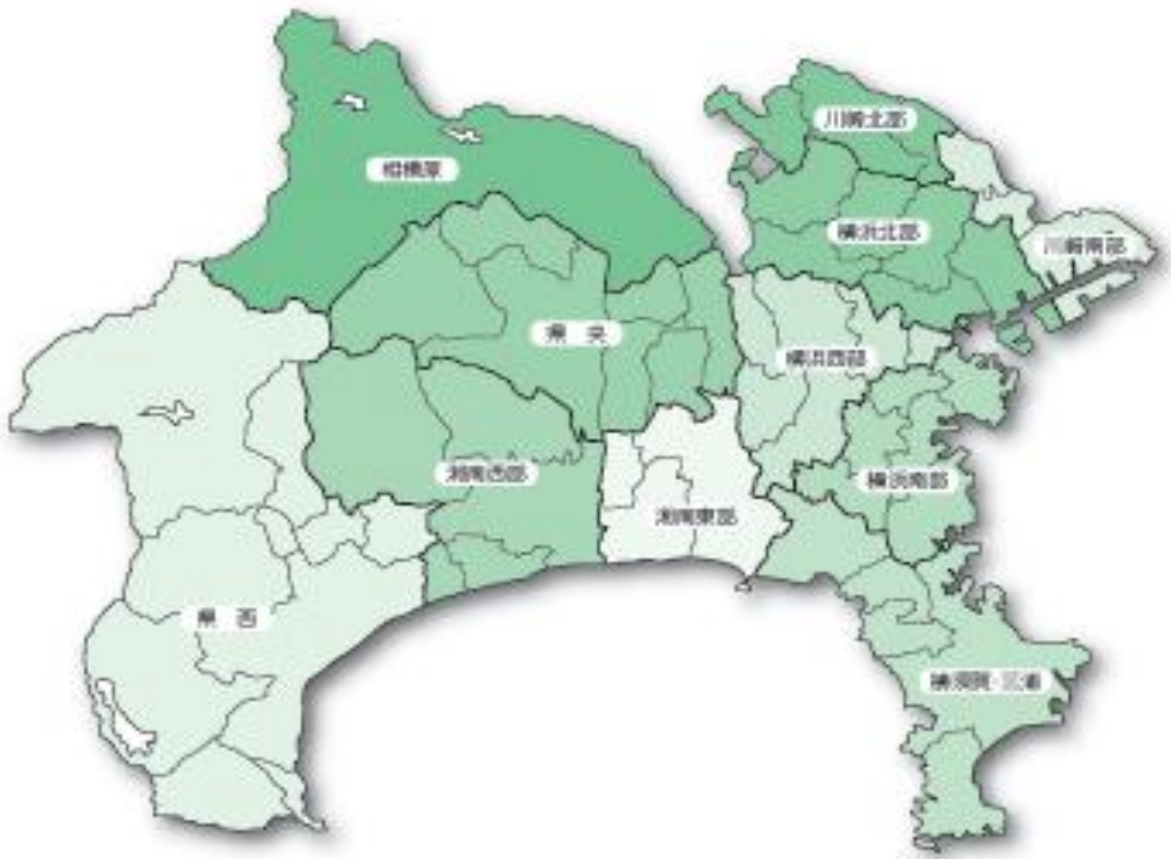
医療連携に関する説明を受け、同意していただいた後、37ページの「肝がん術後の医療連携に関する同意書」の太線より下部に署名してください。

3) 15ページ以降の「患者さん記入欄」、「地域連携診療計画書」は患者さんと医師が共同で記入していきます。

○患者さんは、「患者さん記入欄」の「受診日」と「気になる症状」を記入して、受診時に持参してください。

○医師は、診察時に「地域連携診療計画書」に検査結果や所見などを記入してください。双方の医師間で伝達が必要な場合など、「医師通信欄」の記入してください。

採血・腫瘍マーカーなどは添付していただいてもかまいません。双方の医師間で伝達が必要な場合など、「医師通信欄」に記入してください。



神奈川県がん診療連携協議会
(社)神奈川県医師会
神奈川県
済生会横浜市南部病院 改訂

お名前 _____ 様