

# 佐賀県肝臓がん地域連携パス【治療計画書②】(患者さん用・医療機関用)

患者氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

計画策定病院名: \_\_\_\_\_ 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

連携医療機関名: \_\_\_\_\_ 担当医師: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

○ 連携医療機関で行う    △ 必要があれば連携医療機関で行う    ● 計画策定病院で行う    ▲ 必要があれば計画策定病院で行う

退院後		1ヶ月	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	12ヶ月
問診、診察		○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
血液検査 (肝機能、腫瘍マーカーなど)		○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
画像検査	腹部超音波			△または▲			△または▲			△または▲			△または▲
	腹部CTまたはMRI			●			●			●			●
	胃食道内視鏡検査						▲						●
	その他(            )												
投薬		△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
注射		△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
その他(            )													

13ヶ月目以降継続する場合も、同様のスケジュールで行います。

(医療機関の方へ)

投薬や注射内容に変更があった場合は、ご連絡ください。

上記計画以外で画像検査などを行われた場合は、その所見・内容をご連絡ください。

(患者さまへ)

あなたの病気の状態や通院状況により、予定は変更になる場合があります。