

肝癌術後の診療連携パス

肝癌術後病診連携パス（医療者用）																様													
病院主治医：		(電話：)																											
診療所名：		主治医：																											
		病院外来受診				診療所・医院・病院における日常診療										▶													
受診日		退院		1ヵ月後		2ヵ月後		3ヵ月後		6ヵ月後		9ヵ月後		1年後		1年3ヵ月後		1年6ヵ月後		1年9ヵ月後		2年後		3年後					
		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/		/					
項目																													
達成目標		術後障害を乗り越えられるか。 ▶										安定した生活状況。 ▶																	
		肝機能異常・胆汁漏・腹腔内膿瘍などの合併症がない。 ▶										再発がない。 ▶																	
連携、連絡		再発、肝機能異常、腹水増加等の場合、 徳島市民 病院に連絡 ▶																											
教育・指導		<input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明																											
		<input type="checkbox"/> 患者様用パス説明																											
		<input type="checkbox"/> 服薬指導（保険薬局）																											
投薬		チェック																											
		<input type="checkbox"/> 抗癌剤投与																											
		<input type="checkbox"/> 残薬チェック																											
		<input type="checkbox"/> 併用薬チェック																											
症状		創痛 ▶																											
		食欲 ▶																											
		疲労・倦怠感 ▶																											
		下肢浮腫 ▶																											
検査・測定		PS		<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"/>			
		体重		<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"/>	
		血液生化学検査		<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		<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		<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Dynamic CT						<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		胸部CT（注）										<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		胸部MRI（注）												<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		内視鏡検査（注）																<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
		骨シンチ（注）										<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

