

長岡市医師会肝炎診療連携パス（患者さん用）

（ 年 月 日より開始）

患者氏名	年齢 才
------	------



通院（ヶ月ごと）	1・2・3・6
採血（ヶ月ごと）	1・2・3・6
エコー検査（ヶ月ごと）	3・4・6・12
CT/MRI検査（ヶ月ごと）	3・4・6・12

診断	<input type="checkbox"/> B型・ <input type="checkbox"/> C型 / <input type="checkbox"/> 慢性肝炎・ <input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> C型肝炎インターフェロン著効後 活動性 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
----	--	--

治療	鉄制限食 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 (mg/日)
	内服 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 (ウルソ mg/日・その他)
	注射 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 強カミノファーゲンC ml/週 () 回

受診回数 日時	1回目 (年月日)	2回目 (年月日)	3回目 (年月日)	4回目 (年月日)	5回目 (年月日)	6回目 (年月日)	7回目 (年月日)	8回目 (年月日)	9回目 (年月日)	10回目 (年月日)	11回目 (年月日)	12回目 (年月日)
受診医療機関	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 専門病院
採血 画像検査	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査 ()
治療 内服 注射	<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	<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	<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	<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



各種結果（患者さん自身で自由に記入ください）

体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血圧	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
その他	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
ヘモグロビン												
血小板												
総ビリルビン												
GOT (AST)												
GPT (ALT)												
ALP												
γGTP												
アルブミン												
AFP												
PIVKA-II												
プロトロンビン												



かかりつけ医
専門医療機関名

医師名

医師名