

長岡市医師会肝炎診療連携パス（かかりつけ医用）

（ 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 肝生検	<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"/> IFN著効後 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり（ 年 月施行）	臨床的活動性 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 組織診断(F1, 2, 3, 4/A1, 2, 3)
-----------	---	---

治療	鉄制限食 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 内服 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要 注射 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要	（ mg/日） （ウルソ mg/日・その他） 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											
自覚症状 その他	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ()											
黄疸	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし											
浮腫	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし											
腹水	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし											
その他	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
採血	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ()											
治療 内服	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし											
注射	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし											

各種結果（必要に応じてご自由に記入ください）

	kg												
体重													
血圧	mmHg												
その他	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
WBC													
Hb													
Plt													
総ビリルビン													
GOT/AST													
GPT/ALT													
ALP													
γGTP													
Alb													
AFP													
PIVKA-II													
PT													
画像検査	<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"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<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"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<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"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<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"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<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"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<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"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査
検査所見	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	



かかりつけ医
医療機関名

医師名