

肝細胞がん(術後 6 ヶ月以内)西濃地域連携パス

患者用

患者氏名_____様(病院カルテNo._____かかりつけ医カルテNo._____登録番号(____))

大垣市民病院診療科_____消化器内科_____かかりつけ医_____病院・医院・クリニック

医師名_____先生

施設	病院				かかりつけ医		病院
術後経過	手術日	1 ヶ月	2 ヶ月	3 ヶ月	4 ヶ月	5 ヶ月	6 ヶ月
検査	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日	__年__月__日
		<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査
		<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
		<input type="checkbox"/> 腹部 CT	<input type="checkbox"/> 腹部 CT	<input type="checkbox"/> 腹部 CT	<input type="checkbox"/> 腹部 CT	<input type="checkbox"/> 腹部 CT	<input type="checkbox"/> 腹部 CT
		<input type="checkbox"/> 腹部MRI	<input type="checkbox"/> 腹部MRI	<input type="checkbox"/> 腹部MRI	<input type="checkbox"/> 腹部MRI	<input type="checkbox"/> 腹部MRI	<input type="checkbox"/> 腹部MRI
症状	むくみがある	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)
	腹がはる	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)
	黄疸がある	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)
	手がふるえる	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)
	体重が増えた	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)
	その他 1	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)
	その他 2	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)	(- ・ +)