



C型慢性肝炎患者に対する IFN(リバビリン併用)療法の 病診連携パス

(かかりつけ医⑤)
(45～48 週治療終了～終了後 6 ヶ月)



かかりつけ医:

大垣市民病院主治医名:

病院・医院
クリニック

看護師名:

先生

患者氏名:

様

患者 ID かかりつけ医:

大垣市民病院:

時間 項目	45～47週目	48週目(治療終了)	終了後1、2ヶ月	終了後3、4ヶ月	終了後5、6ヶ月
	 月 日 () 月 日 () 月 日 ()	 月 日 ()	 月 日 () 月 日 ()	 月 日 () 月 日 ()	 月 日 ()
説明・指導 (栄養・服薬)	☐ 大垣市民病院の指示に従いかかりつけ医にて IFN(およびリバビリン)投与を行う。 ☐ 有害事象等が認められた場合は大垣市民病院の主治医に連絡し、その後の治療について相談する。 ☐ リバビリン投与中ならびに終了後6ヶ月の避妊を徹底する。	☐ 大垣市民病院の外来にて検査およびIFNの投与を行う。	☐ 大垣市民病院の外来にて毎月1回投与終了後の検査を行う。	☐ 大垣市民病院の外来にて毎月1回投与終了後の検査を行う。	☐ 大垣市民病院の外来にて毎月1回投与終了後の検査を行う。
検査	インターフェロン種類によっては投与前に、以下の検査を行う。 ☐ 血液検査(白血球、好中球、血小板、Hb)		以下の検査を行う。 ☐ 血液検査(血球系、肝機能、ウイルス量) ☐ 尿検査 ☐ その他()	以下の検査を行う。 ☐ 血液検査(血球系、肝機能、ウイルス量) ☐ 尿検査 ☐ その他()	以下の検査を行う。 ☐ 血液検査(血球系、肝機能、ウイルス量) ☐ 尿検査 ☐ その他()
治療・処置	☐ 検査結果を確認後、インターフェロン()を(皮下・筋肉)注射する。 ・45 週目: μ g/body、注射部位: ・46 週目: μ g/body、注射部位: ・47 週目: μ g/body、注射部位:	・48 週目: μ g/body、注射部位:			
薬剤	☐ リバビリンの服薬状況を確認する。 ・45 週目:朝食後()夕食後() ・46 週目:朝食後()夕食後() ・47 週目:朝食後()夕食後()	・48 週目: 朝食後()夕食後()			
症状観察・記録 (副作用)	☐ 全身障害(発熱、倦怠感、筋肉痛) ☐ 消化器症状(腹痛、食欲減退、下痢、嘔気) ☐ 皮膚症状(発疹、掻痒症、脱毛) ☐ 精神症状(不眠、うつ状態、めまい) ☐ 呼吸器(咳嗽、咽頭痛、呼吸困難) ☐ その他()		☐ 全身障害(発熱、倦怠感、筋肉痛) ☐ 消化器症状(腹痛、食欲減退、下痢、嘔気) ☐ 皮膚症状(発疹、掻痒症、脱毛) ☐ 精神症状(不眠、うつ状態、めまい) ☐ 呼吸器(咳嗽、咽頭痛、呼吸困難) ☐ その他()	☐ 全身障害(発熱、倦怠感、筋肉痛) ☐ 消化器症状(腹痛、食欲減退、下痢、嘔気) ☐ 皮膚症状(発疹、掻痒症、脱毛) ☐ 精神症状(不眠、うつ状態、めまい) ☐ 呼吸器(咳嗽、咽頭痛、呼吸困難) ☐ その他()	☐ 全身障害(発熱、倦怠感、筋肉痛) ☐ 消化器症状(腹痛、食欲減退、下痢、嘔気) ☐ 皮膚症状(発疹、掻痒症、脱毛) ☐ 精神症状(不眠、うつ状態、めまい) ☐ 呼吸器(咳嗽、咽頭痛、呼吸困難) ☐ その他()
栄養 (食事)	☐ 食事摂取量 ・45 週目:朝()昼()夕() ・46 週目:朝()昼()夕() ・47 週目:朝()昼()夕()				
バリエーション	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし

(バリエーション) A: 患者・家族の要因(1.身体的状況、2.意思、3.時間、4.学習能力不足)

B: 医療スタッフ要因(1.医師、2.看護師、3.その他)

C: 病院システム要因(1.情報やデータ、2.設備・機材器具、3.検査・手術、4.ベッド状況)

D: 社会要因(1.退院後の設備、2.ケア提供者、3.移送介助、4.設備や器具)

大垣市民病院 消化器内科 平成 19 年 9 月作成