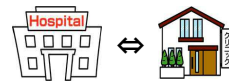
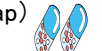
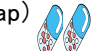
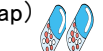
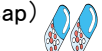
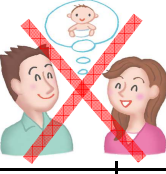
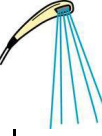




C型慢性肝炎でインターフェロン(リバビリン併用)療法を受けられる患者様の病診連携パス③ (13～24週)



患者様氏名: _____ 様 かかりつけ医: _____ 病院・医院 クリニック _____ 先生
大垣市民病院主治医名: _____ 看護師名: _____

時間 項目	13～15週目  月 日 () 月 日 () 月 日 ()	16週目  月 日 ()	17～19週目  月 日 () 月 日 () 月 日 ()	20週目  月 日 ()	21～23週目  月 日 () 月 日 () 月 日 ()	24週目  月 日 ()
説明・指導 (栄養・服薬)	☐ かかりつけ医でインターフェロンの投与を受けて頂きます。リバビリンの内服も継続して下さい。  ☐ かかりつけ医と大垣市民病院の主治医との間では密に連絡を取り合い、あなたの治療方針を決定していきます。 ☐ 何かご不明なことやお困りのこと等ありましたら、大垣市民病院の主治医や看護師にも遠慮なくご相談下さい。	☐ 大垣市民病院の外来にてインターフェロンの投与を行います。  ☐ 今回の大垣市民病院における検査結果および今後の治療方針はあなたのかかりつけ医にも速やかに連絡します。 ☐ お薬や食事についてお聞きになりたいことがありましたら、薬剤師栄養士が対応させて頂きます。 	☐ かかりつけ医でインターフェロンの投与を受けて頂きます。リバビリンの内服も継続して下さい。  ☐ 今回の大垣市民病院における検査結果および今後の治療方針はあなたのかかりつけ医にも速やかに連絡します。 ☐ お薬や食事についてお聞きになりたいことがありましたら、薬剤師栄養士が対応させて頂きます。 	☐ 大垣市民病院の外来にてインターフェロンの投与を行います。  ☐ 今回の大垣市民病院における検査結果および今後の治療方針はあなたのかかりつけ医にも速やかに連絡します。 ☐ お薬や食事についてお聞きになりたいことがありましたら、薬剤師栄養士が対応させて頂きます。 	☐ かかりつけ医でインターフェロンの投与を受けて頂きます。リバビリンの内服も継続して下さい。  ☐ 今回の大垣市民病院における検査結果および今後の治療方針はあなたのかかりつけ医にも速やかに連絡します。 ☐ お薬や食事についてお聞きになりたいことがありましたら、薬剤師栄養士が対応させて頂きます。 	☐ 大垣市民病院の外来にてインターフェロンの投与を行います。  ☐ 今回の大垣市民病院における検査結果および今後の治療方針はあなたのかかりつけ医にも速やかに連絡します。 ☐ お薬や食事についてお聞きになりたいことがありましたら、薬剤師栄養士が対応させて頂きます。 
検査	インターフェロンの種類によっては投与前に、以下の検査を行います。 ☐ 血液検査(血球系のチェック) 	インターフェロン投与前に、以下の検査を行います。 ☐ 血液検査(血球系のチェック) また採血した血液で以下の項目も検査します。 ☐ 肝機能検査 ☐ ウイルス量チェック 	インターフェロンの種類によっては投与前に、以下の検査を行います。 ☐ 血液検査(血球系のチェック) 	インターフェロン投与前に、以下の検査を行います。 ☐ 血液検査(血球系のチェック) また採血した血液で以下の項目も検査します。 ☐ 肝機能検査 ☐ ウイルス量チェック 	インターフェロンの種類によっては投与前に、以下の検査を行います。 ☐ 血液検査(血球系のチェック) 	インターフェロン投与前に、以下の検査を行います。 ☐ 血液検査(血球系のチェック) また採血した血液で以下の項目も検査します。 ☐ 肝機能検査 ☐ ウイルス量チェック 
治療・処置	☐ 検査結果を確認後、インターフェロンを注射します。 	☐ 検査結果を確認後、インターフェロンを注射します。 	☐ 検査結果を確認後、インターフェロンを注射します。 	☐ 検査結果を確認後、インターフェロンを注射します。 	☐ 検査結果を確認後、インターフェロンを注射します。 	☐ 検査結果を確認後、インターフェロンを注射します。 
薬剤	☐ リバビリンを飲んで頂きます。 (朝食後: 錠、夕食後: 錠)  or (朝食後: cap、夕食後: cap) 	☐ リバビリンを飲んで頂きます。 (朝食後: 錠、夕食後: 錠)  or (朝食後: cap、夕食後: cap) 	☐ リバビリンを飲んで頂きます。 (朝食後: 錠、夕食後: 錠)  or (朝食後: cap、夕食後: cap) 	☐ リバビリンを飲んで頂きます。 (朝食後: 錠、夕食後: 錠)  or (朝食後: cap、夕食後: cap) 	☐ リバビリンを飲んで頂きます。 (朝食後: 錠、夕食後: 錠)  or (朝食後: cap、夕食後: cap) 	☐ リバビリンを飲んで頂きます。 (朝食後: 錠、夕食後: 錠)  or (朝食後: cap、夕食後: cap) 
栄養(食事)	☐ 朝・昼・晩に規則正しく食事をして下さい。適度なタンパク・カロリーを守りましょう。 ☐ インスタント食品、スナック菓子、鉄分が多い食品は控え、アルコールは禁酒にしましょう。 ☐ 吐き気や食欲低下等がみられる時には食事の形態を考慮してみましょう。					
活動・安静度・リハビリ	☐ 慢性肝炎の方は安静にする必要はなく、運動制限はありません。 ☐ 夜間眠れない、熟睡感がない等の場合は、遠慮なく声をかけてください。 ☐ 避妊は必ず継続して下さい。				☐ * リバビリン内服中及び終了後6ヶ月間は必ず避妊して下さい。	
清潔	☐ インターフェロン投与当日は解熱後発汗等がみられましたら、シャワー浴をされてもかまいません。体調のすぐれない時には入浴は控えて下さい。 					
その他						