



肝硬変患者様の 地域連携パス



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	現在の状態	1ヵ月目～2ヵ月目	3ヵ月目	4ヵ月目～5ヵ月目	6ヵ月目	7ヵ月目～8ヵ月目	9ヵ月目	10ヵ月目～11ヵ月目	12ヵ月目	
	平成 年 月 日 ()	①平成 年 月 日 () ②平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()	④平成 年 月 日 () ⑤平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()	⑦平成 年 月 日 () ⑧平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()	⑩平成 年 月 日 () ⑪平成 年 月 日 ()	平成 年 月 日 ()	
説明指導 (栄養・服薬)	☐ 大垣市民病院の外来にて現在の状態を知るための検査を行います。 ☐ 主治医が検査結果を基に今後の治療に関してあなたと相談させていただきます。 ☐ あなたの治療方針はかかりつけ医の先生にも連絡し、共有させていただきます。	☐ かかりつけ医で月1回の検診と検査を受けてください。 ☐ 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病状の状態を確認するための検査を行います。 ☐ 主治医から血液検査や画像診断の結果に関して説明があります。	☐ かかりつけ医で月1回の検診と検査を受けてください。 ☐ 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病状の状態を確認するための検査を行います。 ☐ 主治医から血液検査や画像診断の結果に関して説明があります。	☐ かかりつけ医で月1回の検診と検査を受けてください。 ☐ 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病状の状態を確認するための検査を行います。 ☐ 主治医から血液検査や画像診断の結果に関して説明があります。	☐ かかりつけ医で月1回の検診と検査を受けてください。 ☐ 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病状の状態を確認するための検査を行います。 ☐ 主治医から血液検査や画像診断の結果に関して説明があります。	
検査	現在の状態を知るために以下の検査を行います。 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ ウイルスマーカー ☐ 線維化マーカー ・画像診断: ☐ 腹部超音波検査 ☐ 上部消化管内視鏡検査 (=胃カメラ) ☐ 造影 CT 検査 または ☐ 造影 MRI 検査 ☐ 肝生検(入院必要)	以下の確認および検査をします。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 腫瘍マーカー	以下の確認および検査を行います。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 検血一般 ☐ 腫瘍マーカー ☐ ウイルスマーカー ・画像診断: ☐ 腹部超音波検査	以下の確認および検査をします。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 腫瘍マーカー	以下の確認および検査を行います。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 腫瘍マーカー ☐ ウイルスマーカー ☐ 線維化マーカー ・画像診断: ☐ 腹部超音波検査	以下の確認および検査をします。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 腫瘍マーカー	以下の確認および検査を行います。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 検血一般 ☐ 腫瘍マーカー ☐ ウイルスマーカー ・画像診断: ☐ 腹部超音波検査	以下の確認および検査をします。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 腫瘍マーカー	以下の確認および検査を行います。 ☐ 自他覚症状の確認 ・血液検査: ☐ 肝機能検査 ☐ 腫瘍マーカー ☐ ウイルスマーカー ☐ 線維化マーカー ・画像診断: ☐ 腹部超音波検査	
治療処置	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()	注射薬 ☐ 強ミノ C 内服薬 ☐ ウルソ その他 ☐ ()
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。(常食) ☐ 医師の指示に従って下さい。(治療食) ☐ アルコールは禁酒しましょう。		☐ 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、当院の薬剤師や栄養士が対応させていただきます。							
活動 安静度 リハビリ	☐ 初期の肝硬変の方は安静にする必要はなく、適度の運動も問題ありません。 ☐ 血液のついたもの(ヒゲソリ、カミソリ、歯ブラシ等)は共有しないようにしましょう。									
清潔	☐ 入浴等に特に制限はありません。									
症状	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	☐ 食欲がない ☐ 身体がだるい ☐ 便の色が変化 ☐ おなかが張る ☐ ()	
その他										