



# 肝癌 長期連携パス

様 年齢 才 男・女

済生会横浜市東部病院	主治医:	(電話:	)
------------	------	------	---

手術日:平成 年 月 日

診療所名:	主治医:	(電話:	)
-------	------	------	---

Stage :

保険薬局名:	薬剤師:	(電話:	)
--------	------	------	---

パス導入時期 :

- 
- TAE (肝動脈塞栓術)
- 
- 
- RFA (経皮的ラジオ波焼灼術)
- 
- 
- 定位放射線療法
- 
- 
- その他( )

		済生会横浜市東部病院										
		退院	1ヵ月後	3か月	6か月	3~6か月毎						
		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
達成目標		術後フォローの完遂										
検査・診断	①超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	②CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	③GF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	④MRI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤採血 ⑥腫瘍マーカー (AFP, PIVKA-11)	1ヶ月毎	→					2ヶ月毎	→				
	3か月毎	→		3ヶ月毎	→							
内服変更 :詳細は診療情報提供書参照		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
連携、連絡 教育・指導		診療所										
		→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明										
臨床症状チェック	食事*											
	体重	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg	( )kg
	その他症状											

\* A:よく食べれている B:まあまあ食べれている C:あまり食べれていない D:全く食べれていない  
 #E:便秘である F:便通はよい G:下痢をしている

異常発現時の連絡	平日8:30~17:00-担当外来
----------	-------------------

パス逸脱日	平成 年 月 日
-------	----------