



肝癌 術後長期連携パス

済生会横浜市東部病院 主治医: _____ (電話: _____)

診療所名: _____ 主治医: _____ (電話: _____)

保険薬局名: _____ 薬剤師: _____ (電話: _____)

様 年齢 _____ 才 男・女

手術日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Stage: _____

パス導入時期: _____

		済生会横浜市東部病院																
		退院	6カ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	3年半後	4年後	4年半後	5年後						
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"/>						
	④採血		<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"/>						
連携、連絡 教育・指導		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">診療所</p> <p style="margin: 0;">→ 再発、副作用発生等の場合、済生会横浜市東部病院に連絡 →</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 患者様用パス説明</p> <table border="1" style="margin: 5px auto; width: 80%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">要連絡基準</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AFP</td> <td>7.0ng/ml以上</td> </tr> <tr> <td>PIVKA-11</td> <td>40.0 u/ml以上</td> </tr> </tbody> </table> </div>											要連絡基準		AFP	7.0ng/ml以上	PIVKA-11	40.0 u/ml以上
要連絡基準																		
AFP	7.0ng/ml以上																	
PIVKA-11	40.0 u/ml以上																	
検査 ①採血 ②腫瘍マーカー(AFP, PIVKA-11)		<p>1ヶ月毎 → 2ヶ月毎</p> <p>3か月毎 → 3ヶ月毎</p>																
臨床症状チェック		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">患者さん</p> </div>																
食事 *		<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"/>						
体重		()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg	()kg						
便秘 #		<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"/>						
その他症状		<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"/>						

*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:便秘はよい 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