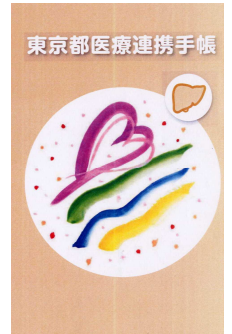


■専門医師にお願いしたいこと

1. パス適応患者を選定してください

- ①治療病院とかかりつけ医の両方で経過観察していく旨を了承した患者さん。
※その旨をカルテにも記載しておくことが望ましい。
- ※退院時又は退院後30日以内に手帳を発行した場合、がん治療連携計画策定料1(計画策定病院)750点の算定が可能です。
- ※がん治療連携計画策定料1を算定した場合は、担当部署において、背表紙の算定欄「有」に○を、算定しなかった場合は「無」に○をつけてください。



2. 手帳に必要記載事項を記載

- ①P3の治療病院欄の記載(スタンプ可)をお願いします。
- ②手帳のP5、6、7、8の記載をお願いします。

患者さんは、30ページ「この手帳の使い方」をご覧ください。

お名前	
生年月日	昭・平 年 月 日 朝・大
住所	
電話番号	
携帯電話	
家族(続柄)	
電話番号	
携帯電話	
家族(続柄)	
電話番号	
携帯電話	
治療病院	
病名	
科名	
I D	
担当医	
電話番号	
携帯電話	
かかりつけ医	
病名	
科名	
電話番号	
携帯電話	
住所	

参照のうえ、必要項目の記入をお願いします。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

飲酒歴 _____

造影剤アレルギー なし・あり
その他のアレルギー なし・あり

既往歴 なし・あり

併存症 なし・あり
糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患・腎疾患・その他 ()

内服薬 (9-11頁参照。必要事項が記入されている場合があります。)

肝炎ウイルス: 陽性 陰性

HCV HBV
[コア(コア)タイプ] [HBeAg] [HBsAb] [HBeAb] [HBeAg] [HBeAb] [HBeAg] [HBeAb]
[ウイルス量] [ウイルス量]

抗ウイルス治療

薬剤名	治療期間
~	~
~	~

その他の肝炎治療

薬剤名	治療期間
~	~
~	~

食道静脈瘤 なし あり L() F() C() RC() LG()

治療日	治療方法
20 年 月 日	E.V.L.E.I.S.手術
20 年 月 日	E.V.L.E.I.S.手術
20 年 月 日	E.V.L.E.I.S.手術

肝がん治療

場所療法 治療日 20 年 月 日

肝切除 ラジオ波焼灼術 肝動脈結紮術
動注療法 その他 ()

切除・焼灼・塞栓の部位(術式、使用薬剤など)
S()

分化度 well mod por
門脈浸潤 - +
肝内転移 - +
肝転移 正常 軽度 肝硬変
腫瘍化 (0 1 2 3 4)

T() N() M()

肝障害度: A B C

★2項目以上が該当した肝障害度

項目	肝障害度	A	B	C
胆 汁	mg/dl	2.0未満	2.0-3.0	3.0未満
胆 酸	μ/dl	3.5未満	3.0-3.5	3.0未満
γ-GT	%	15未満	15-40	40未満
PT	%	60未満	50-60	50未満

Child-Pughの分類: A (5-6点) B (7-9点) C (10-15点)

項目	ポイント	1点	2点	3点
胆 汁	なし	なし	軽度	中重度
胆 酸	なし	なし	軽度	中重度
γ-GT	mg/dl	2.0未満	2.0-3.0	3.0未満
Albumin	g/dl	3.5未満	2.8-3.5	2.8未満
PT	%	70未満	40-70	40未満

全身化学療法

薬剤名	治療開始日
20 / /	/ /
20 / /	/ /
20 / /	/ /
20 / /	/ /
20 / /	/ /

その他の特記事項(選択時)

治療開始からかかりつけ医の受診へ

クシアチニン値 _____ mg/dl

血液検査は下記項目を必ずお願いたします。
【血液】白血球、Hb値、血小板
【生化学】Albumin、AST、ALT、T-Bil、D-Bil、ALP、γ-GTP、Cr
【腫瘍マーカー】AFP、PWK-II、AFP-L3分画

3. パスの患者さんが、再度フォローアップに来院したときの対応

①医師の診察

治療病院の医師は手帳を確認して、必要な検査をしてください。

画像検査を行なった場合は結果を簡単に記入してください。

検査結果は、患者さんにペーパーでお渡ししてください。

※採血結果などは、原則患者さんの記入です。

②かかりつけ医に伝達が必要な場合は、P 9以降の診療予定表のコメント欄又はP 19以降の通信欄に日付とその内容の記載をお願いします。

担当部署で必須記入

名前
治療病院 ID

診療予定表 1 年目

3ヶ月毎 4ヶ月毎 5ヶ月毎 6ヶ月 7ヶ月 8ヶ月 9ヶ月 10ヶ月 11ヶ月 12ヶ月

CT MRI US CT MRI US CT MRI US CT MRI US CT MRI US CT MRI US CT MRI US CT MRI US CT MRI US

コメント

※以下は、基本的に患者さんご自身での記入です。

年齢年 月/日 体重 kg 体高 cm

A F P L3分面 PIVKA-II AST ALT T-Bil Y-GTP Alb 血小板

名前: 治療病院 ID:

通信欄 (かかりつけ医: 治療病院 兼用)

年月日	コメント	サイン

かかりつけ医への通信欄