

肝細胞癌地域連携パス 検査スケジュール・項目一覧

患者名: _____

診察月	かかりつけ医	病院又はかかりつけ医	病院
自他覚症状	○	[○●]	●
肝機能	○	[○●]	●
腫瘍マーカー	○	[○●]	●
一般採血	○	[○●]	●
エコー		[○●]	●
CT (dynamic CT)		[○●]	●
MRI (EOB-MRI)		[○●]	●
上部消化管内視鏡検査			●

参考事項

● 病院 ○かかりつけ医 [○●]はどちらかで必要に応じて適宜施行

※検査項目は原則として最小限の項目であり、必要に応じて追加は可

● 病院

- 肝機能 : AST, ALT, ALP, γ -GTP, T-Bil, D-Bil, (T.P.), Alb, (LDH), (BUN), Cr, BS, Na, K, Cl, (IRI) など
- 採血一般 : WBC, 像, RBC, Hb, Ht, Plt, PT など
- 腫瘍マーカー他 : AFP・AFP-L3、PIVKA-II、検尿、HbA1c、膠原病関係(ANAなど)
- ウイルスマーカー : 適宜 線維化マーカー : 適宜
- かかりつけ医
- 肝機能 : AST, ALT, ALP, γ -GTP, T.B., T-Bil, Alb, ALP, Na, K, Cl, Crなど
- 採血一般 : WBC, RBC, Hb, Ht, Plt等
- 腫瘍マーカー他 : AFP・PIVKA-II(原則として)
- 画像検査 : 原則として3~6ヶ月毎
経過観察すべき結節がある場合は3ヶ月毎が望ましい
- 上部消化管内視鏡検査 : 食道胃静脈瘤の診断・経過観察には必要