

岐阜県

地域連携パス

令和2年改訂 第2版



岐阜県がん診療連携拠点病院協議会



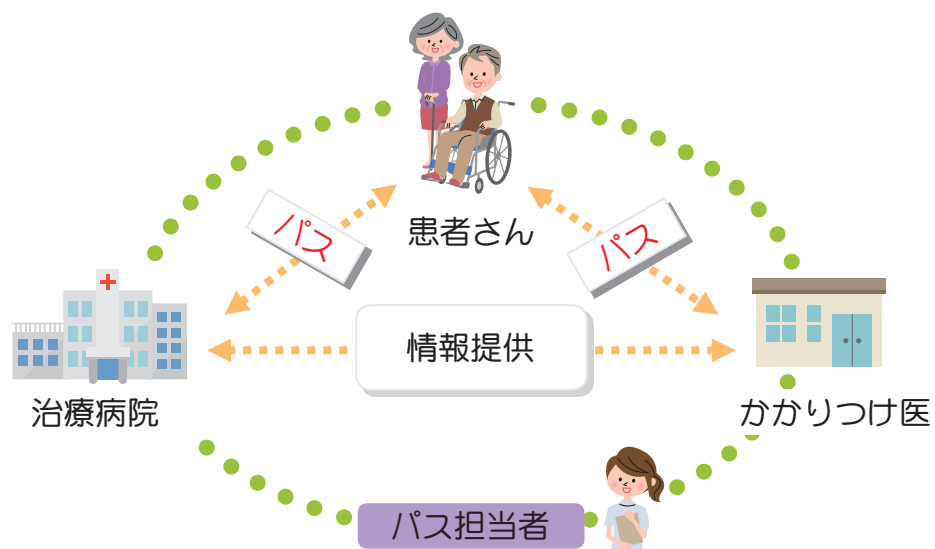
氏名

「岐阜県地域連携パス」とは

がんの治療は、専門的・集中的治療を行う病院と、お住まいの地域のかかりつけ医療機関などが連携し、患者さんの診療計画を共有の上、役割分担をしながら、患者さんやご家族を支える仕組みに変わりつつあります。

今回、皆さまにお渡しする「岐阜県地域連携パス」は、日本人に多い6種類のがん（胃、大腸、肝、肺、乳、前立腺）の患者さんで、早期発見と治療により、状態が安定された方々を対象としています。

皆さまが地域のかかりつけ医にかかっても、共通化された診察や検査、治療、経過観察の計画に沿って、継続した医療を受けることができるよう、岐阜県内の多くの病院と医院・クリニックが協力して作成した「5年間の計画書」です。



この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切にしてください。手帳の記入は、患者さんと医療者が共同で行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、お名前・連絡先・アレルギー・過去の病歴などの情報を記入してください。

かかりつけ医ならびに治療病院の先生は、共同診療計画書の記載をお願いします。また、計画書の項目を選び、□にチェックしてから患者さんにお渡しください。検査を行った場合は結果を簡単にご記入ください。

検査データ結果についてもご記入いただき、診察月のページのコピーを治療病院へ送付することで、診療計画の経過報告とすることができます。

令和2年4月

こちらのページはご自由にお使いください

「岐阜県地域連携パス」における役割分担

治療病院の主治医とかかりつけ医とが連携し、役割を分担して患者さんの治療にあたります。

治療病院



定期的な精密検査や手術、放射線治療、化学療法など高度な医療を担当します

- ・精密検査
- ・各種治療
- ・服薬指導
- ・栄養指導
- ・療養指導 など

かかりつけ医



日常の診療や療養指導を担当します

- ・血液検査
- ・尿検査
- ・お薬の処方
- ・併存する病気の治療（持病）

パス担当者



パスに関する質問、相談、また中止など相談を承ります



受診の際には、検査や治療がスムーズに進むために、この「岐阜県地域連携パス」の自覚症状の欄（オレンジ色の欄）をご記入の上、医師にお見せ頂こう、お願い致します。

お名前

生年月日 昭・平（西暦） 年 月 日

住所

TEL

緊急時
連絡先

身長 cm 体重 術前 kg
退院時 kg

治療病院

TEL

ID

担当医

手術日 20____年____月____日

退院日 20____年____月____日

手術日 20____年____月____日

退院日 20____年____月____日

かかりつけ医療機関

医師名

TEL

かかりつけ薬局

TEL

FAX

こちらのページはご自由にお使いください

地域連携パス同意書

確認

別表 検査項目一覧表 肝細胞癌（治療後） 岐阜地域医師会連携パス

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
検 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
検 血 一 般：WBC, RBC, Hb, Ht, Pltなど
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か月毎
経過観察すべき結節がある場合は3か月毎が望ましい
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

連携パス運用の継続が難しい場合、理由を記載し治療病院医療連携（電話・FAX）にご連絡下さい。

- (理由： 1. 死亡 2. 転居 3. 再発 4. 他疾患の発症
5. 通院困難 6. 病院のみ受診 7. かかりつけ医のみ受診
8. 未受診 9. その他)

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（シール貼付けも可。お薬手帳があれば記入はいりません。）

H C V			肝炎ウイルス			H B V			陰 性		
セロ(ゲノ)タイプ	型	}	ゲノタイプ	型	}	}	}	}	}	}	}
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 L () F () C () RC () Lg ()

治療日

年	月	EVL、EIS、手術
年	月	EVL、EIS、手術
年	月	EVL、EIS、手術

退院後の注意点

食事について

ご自身の肝予備能の状況に応じた栄養指導を受けてください。慢性肝炎や肝硬変の方は塩分の取りすぎに注意をしてください。アルコール摂取は肝機能を悪化させ、肝がん発生の危険性を増加させるので、控えてください。

内服薬について

薬剤師の指導に従い、薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

体重測定

肝がん治療後は腹水や胸水が貯留しやすくなります。外見上は変化がなくても体重の変化で気づくことがあります。毎日決まった時間に体重を計り記録しておくといいでしょう。診察時には前もって所定の欄に体重を記入しておいてください。

緊急時の連絡について

夜間・土日・祝日などで、かかりつけ医に連絡が取れない場合は、専門病院に連絡を取ってください。

患者さんへ

肝がん（肝細胞がん）の多くは慢性肝炎・肝硬変に発生します。がんを根治的に治療しても、残念ながら年率約10～20%の割合で再発する可能性があります。しかし、再発しても肝機能が保たれていて、個数が限られていれば、再度根治的治療が可能です。非根治の病状でも各種治療による、集学的治療を行い、コントロールすることが可能です。

そのため、一定のスケジュールにしたがって再発の有無を確認する検査が重要となります。

また肝機能が悪化すると、肝不全兆候（腹水、黄疸、肝性脳症）が出現したり、食道・胃静脈瘤から出血する危険性があります。肝がんのみならず、定期的な肝機能検査や内視鏡検査も行う必要があります。

診察・検査の予定表にしたがって、かかりつけ医療機関や専門病院で診察を受けていただき、肝機能の変化やがん再発の有無を確認していただきます。

肝がん治療

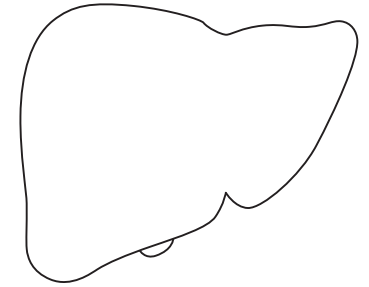
治療日 西暦 20__年__月__日

肝切除 / ラジオ波焼灼術

切除・焼灼（術式など）

S ()

病理所見	分化度	well	mod	por				
	門脈浸潤	-	+					
	肝内転移	-	+					
	肝組織	正常	肝炎	肝硬変				
	線維化 f	(0	1	2	3	4)



病期

T ()

N ()

M ()

Stage _____

	T 1	T 2	T 3	T 4
①腫瘍个数 単発	①、②、③ すべて合致	2項目合致	1項目合致	すべて合致せず
②腫瘍径 2cm以下				
③脈管侵襲なし (VpO VvO BO)				

共同診療計画書

様

ID

かかりつけ医 ()

医師名 ()

肝がん 治療日20 年 月 日		病 院	1 か月後 かかりつけ医 20 年 月 日	2 か月後 かかりつけ医 20 年 月 日
診察日	かかりつけ医			
	病 院	20 年 月 日		
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	診療情報提供書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検査結果説明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	血液検査 Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	〃 T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	〃 AST/ALT	/	/	/
	腫瘍マーカー (AFP)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	〃 (PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	一般採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他			
	腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	CTまたはMRI	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	消化管内視鏡	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	特記事項			
	注 射 薬	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	特記事項			
	内 服 薬	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	特記事項			
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	食欲不振	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	浮 腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体のだるさ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黒色の便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	お腹が張る	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黄 疸	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	腹 痛	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
	評 価	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
	バランス	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	コメント欄			

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

4年11か月後 かかりつけ医 20 年 月 日	5年後 病 院 20 年 月 日
<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"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
/	/
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり
Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		4年8か月後	4年9か月後	4年10か月後
		かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
	病院		20 年 月 日	
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	(PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
CTまたはMRI			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
消化管内視鏡				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
特記事項				
注射薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
内服薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	食欲不振	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	浮腫	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黒色の便	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	お腹が張る	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黄疸	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体重	Kg	Kg	Kg
評価		<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
バリエーション	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

3か月後	4か月後	5か月後	6か月後
病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	
20 年 月 日			20 年 月 日
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		7か月後	8か月後	9か月後
		かかりつけ医	かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
	病院			20 年 月 日
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	(PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
CTまたはMRI				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
消化管内視鏡				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
特記事項				
注射薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
内服薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
こちらには、患者さんが診察前に記入ください	食欲不振	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	浮腫	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黒色の便	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	お腹が張る	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黄疸	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体重	Kg	Kg	Kg
評価		<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
バランス	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

4年4か月後	4年5か月後	4年6か月後	4年7か月後
かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		4年1か月後	4年2か月後	4年3か月後
		かかりつけ医	かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
	病院			20 年 月 日
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	“ T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	“ AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
	“ (PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
CTまたはMRI				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
消化管内視鏡				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
特記事項				
注射薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
内服薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
こちらには、患者さんが診察前に記入ください	食欲不振	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	浮腫	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黒色の便	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	お腹が張る	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黄疸	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体重	Kg	Kg	Kg
評価	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	
バランス	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

10か月後	11か月後	1年後	1年1か月後
かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		1年2か月後	1年3か月後	1年4か月後
		かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
	病院		20 年 月 日	
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	(PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
CTまたはMRI			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
消化管内視鏡				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
特記事項				
注射薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
内服薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	食欲不振	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	浮腫	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黒色の便	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	お腹が張る	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黄疸	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体重	Kg	Kg	Kg
評価		<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
バリアンス	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

3年9か月後	3年10か月後	3年11か月後	4年後
病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	
20 年 月 日			20 年 月 日
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

かかりつけ医 (

)

医師名 (

)

肝がん		3年6か月後	3年7か月後	3年8か月後
		病 院	かかりつけ医	かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日		
	病 院	20 年 月 日		
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー	(AFP)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	(PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
CTまたはMRI		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
特記事項				
注 射 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内 服 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
診察前に記入ください こちらは、患者さんが	食欲不振	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	浮腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体のだるさ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黒色の便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	お腹が張る	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黄疸	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	腹痛	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
評 価	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	
バランス	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

1年5か月後	1年6か月後	1年7か月後	1年8か月後
かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	かかりつけ医
20 年 月 日			
	20 年 月 日		
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		1年9か月後	1年10か月後	1年11か月後
		病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
	病院	20 年 月 日		
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	(PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
CTまたはMRI		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
消化管内視鏡				
特記事項				
注射薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
内服薬		なし・あり	なし・あり	なし・あり
特記事項				
こちらには、患者さんが診察前に記入してください	食欲不振	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	浮腫	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体のだるさ	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黒色の便	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	お腹が張る	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	黄疸	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	腹痛	なし・あり	なし・あり	なし・あり
	体重	Kg	Kg	Kg
評価		<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
バランス	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

3年2か月後	3年3か月後	3年4か月後	3年5か月後
かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
	20 年 月 日		
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)		
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
なし・あり	なし・あり	なし・あり	なし・あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		2年11か月後	3年後	3年1か月後
		かかりつけ医	病 院	かかりつけ医
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日		20 年 月 日
	病 院		20 年 月 日	
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査 Alb		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
" T-Bil		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
" AST/ALT		/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
" (PIVKA II)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
CTまたはMRI			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
消化管内視鏡			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
特記事項				
注 射 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内 服 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
こちらには、患者さんが診察前に記入してください	食欲不振	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	浮 腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体のだるさ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黒色の便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	お腹が張る	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黄 疸	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	腹 痛	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
評 価		<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
バランス		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

2年後	2年1か月後	2年2か月後	2年3か月後
病 院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)			
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

共同診療計画書

様

ID

肝がん		2年4か月後	2年5か月後	2年6か月後
		かかりつけ医	かかりつけ医	病 院
診察日	かかりつけ医	20 年 月 日	20 年 月 日	
	病 院			20 年 月 日
達成目標	腫瘍マーカーの上昇がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	画像上再発がない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療情報提供書		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査結果説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血液検査	Alb	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	T-Bil	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	AST/ALT	/	/	/
腫瘍マーカー (AFP)		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
"	(PIVKA II)	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
一般採血		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他				
腹部超音波検査				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
CTまたはMRI				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
消化管内視鏡				<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)
特記事項				
注 射 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
内 服 薬		なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
特記事項				
こちらには、患者さんが診察前に記入してください	食欲不振	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	浮 腫	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体のだるさ	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黒色の便	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	お腹が張る	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	黄 疸	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	腹 痛	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
	体 重	Kg	Kg	Kg
評 価		<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
バランス		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()
コメント欄				

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。

かかりつけ医 ()

医師名 ()

2年7か月後	2年8か月後	2年9か月後	2年10か月後
かかりつけ医	かかりつけ医	病院又は、かかりつけ医	かかりつけ医
20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日	20 年 月 日
		20 年 月 日	
<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"/>	<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"/> ()	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
		<input type="checkbox"/> 異常所見(+・-)	
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり	なし ・ あり
Kg	Kg	Kg	Kg
<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし	<input type="checkbox"/> おおむね問題なし
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()

赤字は必須項目です。 青字は任意項目です。