

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肝がん連携パス連携シート**

連携医療機関

パス開始日 _____ 手術日 _____ 主治医 _____

ID

フリガナ

患者氏名

	受診施設	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診												
	腹部理学所見												
	むくみ(浮腫)												
	体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
血液検査	RBC(赤血球)												
	WBC(白血球)												
	Hb(血色素量)												
	PLT(血小板)												
	AST(GOT)												
	ALT(GPT)												
	BUN(尿素窒素)												
	Cr(クレアチニン)												
	PT												
	Alb(アルブミン)												
T-Bil(総ビリルビン)													
腫瘍マーカー	AFP												
	PIVKA-II												
画像検査	エコー												
	CT												
	その他												
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肝がん連携パス連携シート**

ID 0

連携医療機関 _____

フリガナ 0

パス開始日 _____

手術日 _____

主治医 _____

患者氏名 0

	受診施設	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月	1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診												
	腹部理学所見												
	むくみ(浮腫)												
	体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
血液検査	RBC(赤血球)												
	WBC(白血球)												
	Hb(血色素量)												
	PLT(血小板)												
	AST(GOT)												
	ALT(GPT)												
	BUN(尿素窒素)												
	Cr(クレアチニン)												
	PT												
	Alb(アルブミン)												
T-Bil(総ビリルビン)													
腫瘍マーカー	AFP												
	PIVKA-II												
画像検査	エコー												
	CT												
	その他												
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

パスに則った受診後の報告をお願いいたします。書式の規定はありませんが連携シートをご利用いただく場合は、記入されたシートを地域医療室へFAXをお願いいたします。

パス名称 **肝がん連携パス連携シート**

ID 0

連携医療機関 _____

フリガナ 0

パス開始日 _____

手術日 _____

主治医 _____

患者氏名 0

	受診施設	豊中病院	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院	かかりつけ医	かかりつけ医	豊中病院
	(術後)	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月	2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月	2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
	受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察	問診												
	腹部理学所見												
	むくみ(浮腫)												
	体重	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg
血液検査	RBC(赤血球)												
	WBC(白血球)												
	Hb(血色素量)												
	PLT(血小板)												
	AST(GOT)												
	ALT(GPT)												
	BUN(尿素窒素)												
	Cr(クレアチニン)												
	PT												
	Alb(アルブミン)												
T-Bil(総ビリルビン)													
腫瘍マーカー	AFP												
	PIVKA-II												
画像検査	エコー												
	CT												
	その他												
医師の確認		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>