

佐賀県肝臓がん地域連携パス【治療計画書②】(患者さん用・医療機関用)

患者氏名 <<ORIBP_KANJI>> ID <<SYPID>>

計画策定病院名: 佐賀県医療センター好生館 担当医師: _____ 連絡先: 0952-24-2171

連携医療機関名: _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

○ 連携医療機関で行う △ 必要があれば連携医療機関で行う ● 計画策定病院で行う ▲ 必要があれば計画策定病院で行う

| 退院後 | | 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 |
|------------------------|-------------------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|-----|-----|-------|------|------|-------|
| 問診、診察 | | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● |
| 血液検査 (肝機能、腫瘍マーカーなど) | | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● | ○ | ○ | ● |
| 画像検査 | 腹部超音波 | | | △または▲ | | | △または▲ | | | △または▲ | | | △または▲ |
| | 腹部CTまたはMRI | | | ● | | | ● | | | ● | | | ● |
| | 胃食道内視鏡検査 | | | | | | ▲ | | | | | | ● |
| | その他() | | | | | | | | | | | | |
| 投薬 | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| 注射 | | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ | △ |
| その他() | | | | | | | | | | | | | |

13ヶ月目以降継続する場合も、同様のスケジュールで行います。

(医療機関の方へ)

投薬や注射内容に変更があった場合は、ご連絡ください。

上記計画以外で画像検査などを行われた場合は、その所見・内容をご連絡ください。

(患者さまへ)

あなたの病気の状態や通院状況により、予定は変更になる場合があります。