

長岡市医師会肝炎診療連携パス（専門病院用）

（ 年 月 日 開始）

患者氏名		年齢	才
------	--	----	---

通院（ヶ月ごと）	1・2・3・6
採血（ヶ月ごと）	1・2・3・6
エコー検査（ヶ月ごと）	3・4・6・12
CT/MRI検査（ヶ月ごと）	3・4・6・12

診断	□B型・□C型	□慢性肝炎・肝硬変	臨床的活動性	□あり・□なし
肝生検	□あり・□なし	(F1, 2, 3, 4/A1, 2, 3)	飲酒歴	□なし・□あり ()

治療歴	B型肝炎	□あり・□なし	核酸アナログ製剤	□あり()・□なし
	C型肝炎	□あり・□なし	IFN治療評価	(□ ウイルス学的著効 ・ □ 生物学的著効 ・ □ 無効)

	受診回数	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目	10回目	11回目	12回目
	日時	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)
症状	自覚症状	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
	具体的に記入	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
理学所見	異常	□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
	具体的に記入	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
採血検査	検血検査	□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
	一般生化学検査	□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
	AFP	□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
	PIVKA-II	□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
	その他の特殊検査	□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
	ウイルス学的検査												
	HCV-RNA定量	□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
	HBV-DNA定量	□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
	その他（記入）												
	採血検査結果判定	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	不変・変化あり	不変・変化あり	不変・変化あり	不変・変化あり	不変・変化あり	不変・変化あり
	特記事項（記入）												
画像検査 (施行日を記入)	エコー												
	CT												
	MRI												
	結果（具体的に記入）	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
画像検査結果評価	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	□不変・□変化あり	
治療	内服	□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
医学的評価	治療の変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更	□継続・□要変更
	具体的な変更内容	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

かかりつけ医 所属

専門医療機関名

医師名

医師名