

【医療者用】治療記録シート(肝がん地域連携パス)

No.2

患者氏名

区分	項目	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	12ヶ月目	13ヶ月目	14ヶ月目	15ヶ月目	16ヶ月目	17ヶ月目	18ヶ月目										
		年月日																					
		かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院	かかりつけ医	拠点病院									
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有		
自覚症状 (問診)	食欲不振	<input type="checkbox"/>																					
	倦怠感	<input type="checkbox"/>																					
	黒色便	<input type="checkbox"/>																					
	その他症状があれば記載																						
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有		
身体所見	PSの悪化	<input type="checkbox"/>																					
	腹部膨満	<input type="checkbox"/>																					
	浮腫	<input type="checkbox"/>																					
	黄疸	<input type="checkbox"/>																					
	その他所見があれば記載																						
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有		
検査所見	肝機能検査異常	<input type="checkbox"/>																					
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/>																					
	画像検査異常	<input type="checkbox"/>																					
	その他所見があれば記載																						
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有		
総合見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																					
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>																					
投薬	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																					
Drサイン																							

【医療者用】治療記録シート(肝がん地域連携パス)

No.4

患者氏名

区分	項目	31ヶ月目		32ヶ月目		33ヶ月目		34ヶ月目		35ヶ月目		36ヶ月目		37ヶ月目		38ヶ月目		39ヶ月目		40ヶ月目		41ヶ月目		42ヶ月目			
		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			
		かかりつけ医	か	かり	つけ	医																					
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
自覚症状 (問診)	食欲不振	<input type="checkbox"/>																									
	倦怠感	<input type="checkbox"/>																									
	黒色便	<input type="checkbox"/>																									
	その他症状があれば記載																										
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
身体所見	PSの悪化	<input type="checkbox"/>																									
	腹部膨満	<input type="checkbox"/>																									
	浮腫	<input type="checkbox"/>																									
	黄疸	<input type="checkbox"/>																									
	その他所見があれば記載																										
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
検査所見	肝機能検査異常	<input type="checkbox"/>																									
	腫瘍マーカー異常	<input type="checkbox"/>																									
	画像検査異常	<input type="checkbox"/>																									
	その他所見があれば記載																										
		無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有
総合所見	再発は認められない	<input type="checkbox"/>																									
	術後後遺症は認められない	<input type="checkbox"/>																									
	拠点病院への紹介基準に該当しない	<input type="checkbox"/>																									
投薬	服薬状況確認・併用薬チェック	<input type="checkbox"/>																									
Drサイン																											

