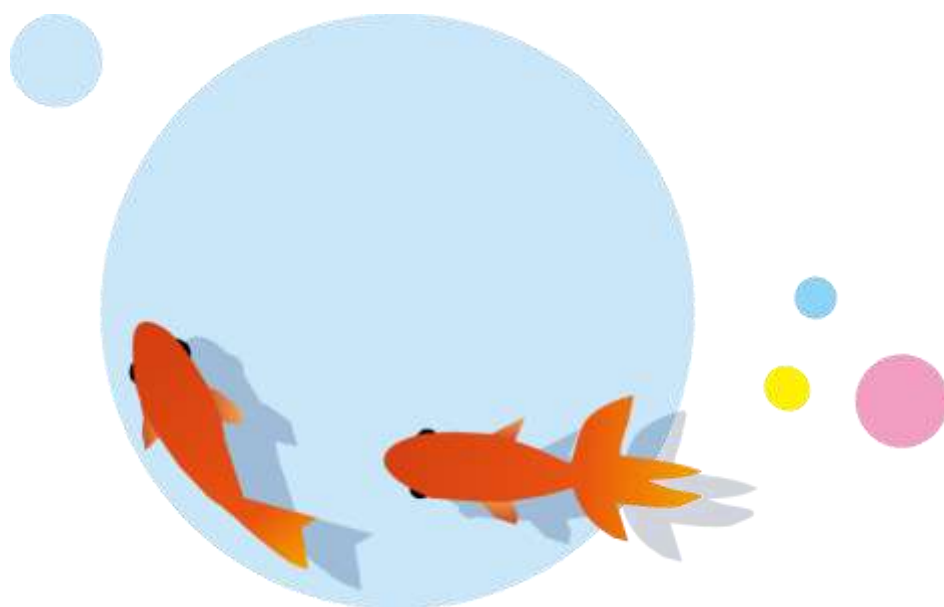


肝がん

連携パス手帳

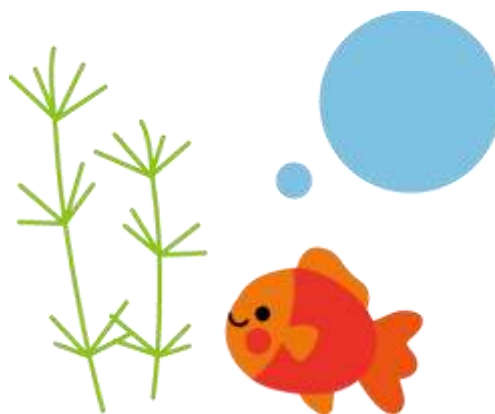


大阪医科薬科大学病院

大阪府がん診療連携協議会

【もくじ】

はじめに	.....	p.3
あなたの主治医の役割	.....	p.4
退院後の日常生活について	.....	p.5
肝がん連携パス	.....	p.6～ p.25
再診予約変更		
大阪医科薬科大学病院の部署のご案内	.....	p.26～ p.27



【はじめに】

【連携パス】とは地域のかかりつけ医と大阪医科薬科大学病院の医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と大阪医科薬科大学病院の医師が協力してあなたの治療を行います。

この「連携パス」を活用することで、大阪医科薬科大学病院と地域のかかりつけ医が協力し、患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制をつくることを目指していきます。また、患者さんにとっても長い待ち時間の解消や通院時間の短縮などの患者さんの負担の軽減や、ご自身の治療計画や経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消といったメリットにもつながります。

【かかりつけ医があなたのもうひとりの主治医です】

病状が落ち着いているときの投薬や**日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は大阪医科薬科大学病院が行います**ので、ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて大阪医科薬科大学病院を受診していただきます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合は、大阪医科薬科大学病院(072-683-1221 代表)までご連絡ください。その際には必ず「肝がん術後地域連携パス」を利用しているとお伝えください。

なお、原疾患(肝がん)と関連がないと考えられる症状については、他の医療機関への受診をお願いすることになりますのでご了承ください。

氏名 _____

ID番号 _____

【あなたの主治医の役割】

1. かかりつけ医では

肝がんの患者さんの約9割が、C型肝炎やB型肝炎というウイルス感染を合併しています。そのため、慢性肝炎や肝硬変といった病気を合併しています。この治療には平素から、注射や投薬が必要となりますが、この日常の診療をかかりつけ医に行っていただきます。

また、肝がんの治療が終了し、大阪医科薬科大学病院を退院された後も、地域のかかりつけ医の先生に平素は診療していただきます。

おもに、

- 1) 1ヶ月毎の肝炎の血液検査
- 2) 肝炎治療薬を含めたお薬の処方
- 3) 肝炎治療の注射が必要な方は、その注射を
- 4) 腹水やむくみが出てきた時の診察と治療
- 5) 風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療
- 6) 腹水が治りにくく、おなかが張って苦しい時

などです。

2. 大阪医科薬科大学病院では

CT やエコーといった肝がんの専門的な定期検査は大阪医科薬科大学病院で受けていただきます。肝がんは高率に再発する病気ですが、CTなどで再発が見つかった場合は大阪医科薬科大学病院に入院して治療を受けていただきます。

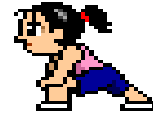
退院後は、原則として3ヶ月毎に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部超音波検査(または腹部CT検査、腹部MRI検査など)を3ヶ月毎に受けていただきます。

その結果は、毎回、かかりつけ医の先生に報告致します。

【退院後の日常生活について】

1. 安静と運動

過去には安静が強調されてきましたが、適度な運動が必要です。適度な運動とは、**1日30分程度の散歩**で、毎日、続けることが大切です。ただし、腹水・黄疸・肝性脳症(意識がおかしくなる)があるときや、AST(GOT)、ALT(GPT)が高い時(200以上)は安静が必要です。



2. 食事

穀類を中心に野菜を多くとって下さい。脂肪はとりすぎないようにして下さい。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性のものを多くとって下さい。食後1時間は安静にして下さい。

肝性脳症を起こしたことがある人はタンパク質(特に肉類)のとりすぎに注意して下さい。腹水の貯まったことのある人は塩分を控えて下さい。



3. アルコール

(基本的に) 肝臓が悪い人は飲酒できません。



4. 風呂

熱い風呂・長風呂は避けて下さい。**食後1時間**は入浴をさけて下さい。

5. 旅行

腹水・黄疸・肝性脳症がなければ、可能です。ただし、無理のないスケジュールで。

6. 肝炎ウイルス感染予防

出血時の血液付着物の処理は自分でして下さい。かみそり・歯ブラシなどは共用しないようにして下さい。

乳幼児との接触は特に問題はありませんが、食べ物の口移しはしないようにして下さい。



肝がん連携パス（1～6ヶ月）

診療場所	大医薬大	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	退院2週間後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI またはエコー
内服薬		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
AFP				
AFDL3				
PIVKA-II				
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	Kg	kg	kg	kg
メモ				

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

*あなたが手術を受けた日

ラジオ波焼灼術

平成 年 月 日

肝がん連携パス（7ヶ月～1年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メモ ～

肝がん連携パス（1年1～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

肝がん連携パス（1年7ヶ月～2年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

肝がん連携パス（2年1ヶ月～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

肝がん連携パス（2年7ヶ月～3年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

肝がん連携パス（3年1ヶ月～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

肝がん連携パス（3年7ヶ月～4年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メモ ～

肝がん連携パス（4年1ヶ月～6ヶ月）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	4年1ヶ月	4年2ヶ月	4年3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
4年4ヶ月	4年5ヶ月	4年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

肝がん連携パス（4年7ヶ月～5年）

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
経過	4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
ALT			
Alb			
T-Bil			
PT(%)			
AFP			
AFDL3			
PIVKA-II			
むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重	kg	kg	kg
メモ			

かかりつけ医	かかりつけ医	大医薬大
4年10ヶ月	4年11ヶ月	5年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

～ メ モ ～

大阪医科薬科大学病院の部署のご案内



再診予約変更

消化器外科外来に電話してください。
午後3～4時の間に予約の取り消しや変更を承ります。
なお、検査によっては予約の変更はできませんので、
その場合は、直接来院のうえ、ご変更ください。

電話番号：072-683-1221（代）（内線2341）

がん相談支援室

患者さんが病院に対する安心感と信頼感を持って療養に専念していただけるようにがん相談支援室にてがんに関する相談をお受けしております。

当院に入院・通院されている患者さん・家族の方が安心して温かな医療・看護が受けられるよう、医師または看護師など院内のスタッフとの連携はもとより、地域の医療・保健・福祉などの各機関と協働・連携をとりながら、より満足度の高い療養生活と充実した日々を送っていただけるように支援を行っています。

相談時間

月曜日～金曜日 9:00～16:00

第1・3・5土曜日 9:00～12:00

（但し当院の休診日はお受けしておりません。）

予約方法

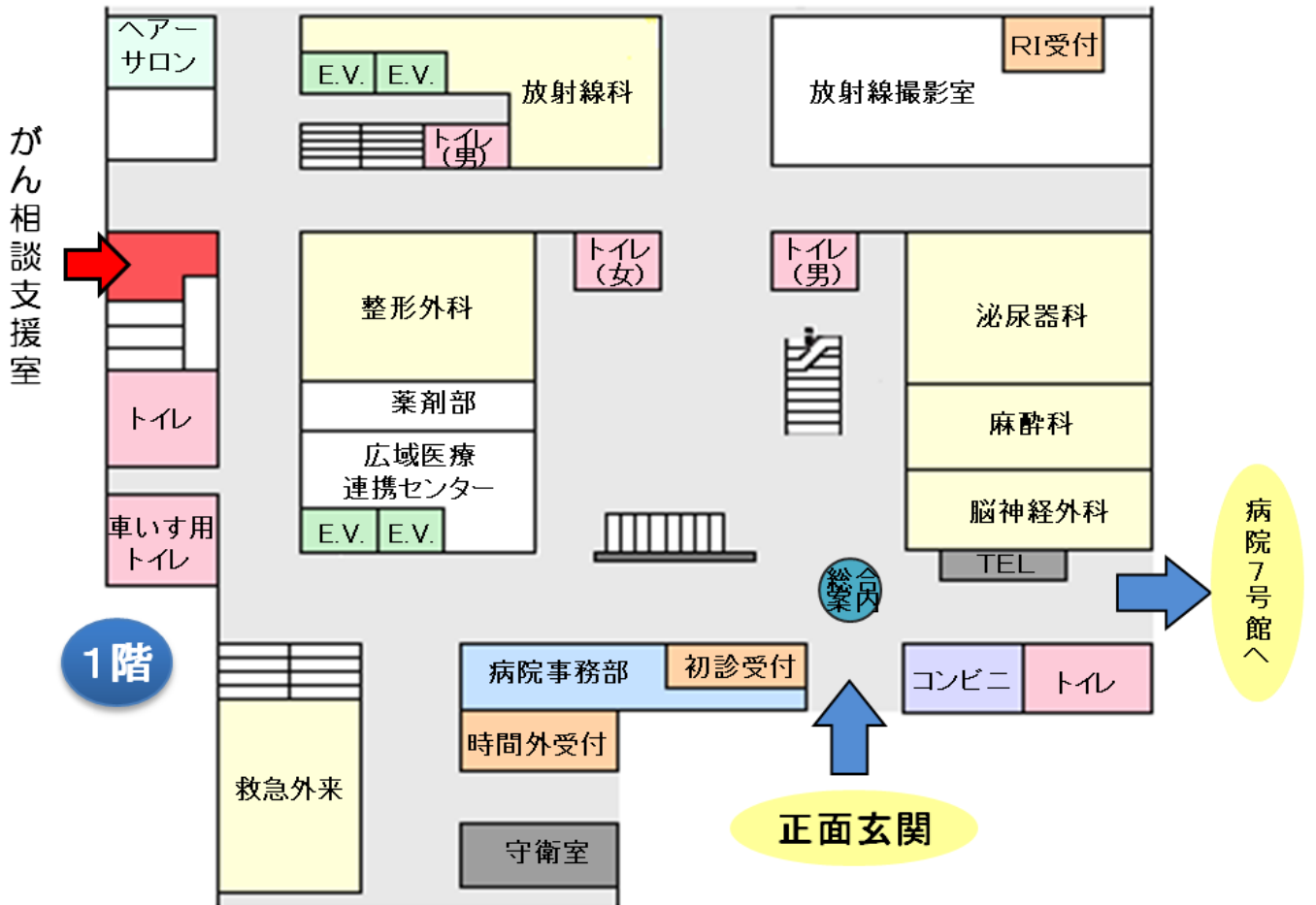
電話またはFAXにてお申し込みください。

電話：072-683-1221（代表） 内線2095

FAX：072-684-6221

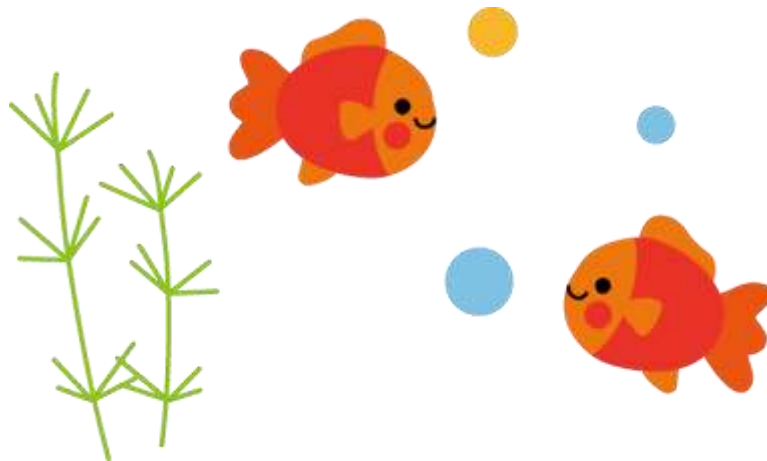
※予約優先としますが、予約がない場合でも時間に空きがあればお受けしております。





名前 _____

ID番号 _____



大阪医科薬科大学病院

(消化器外科)

TEL 072-683-1221 (代) (内線2341)

24年 5月作成
25年 9月改定