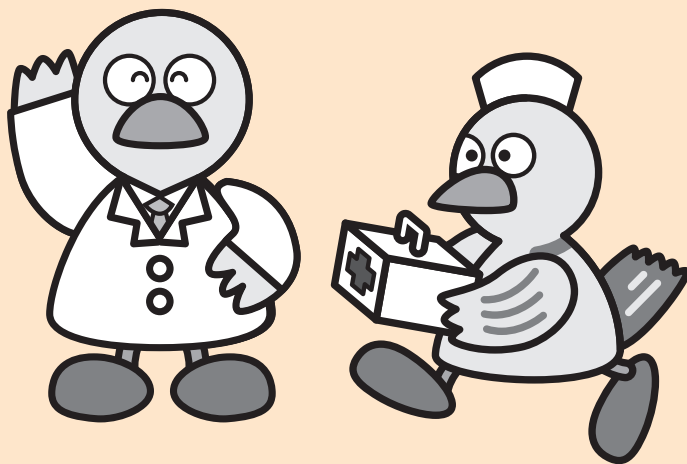


埼玉県医療連携手帳 (肝臓)

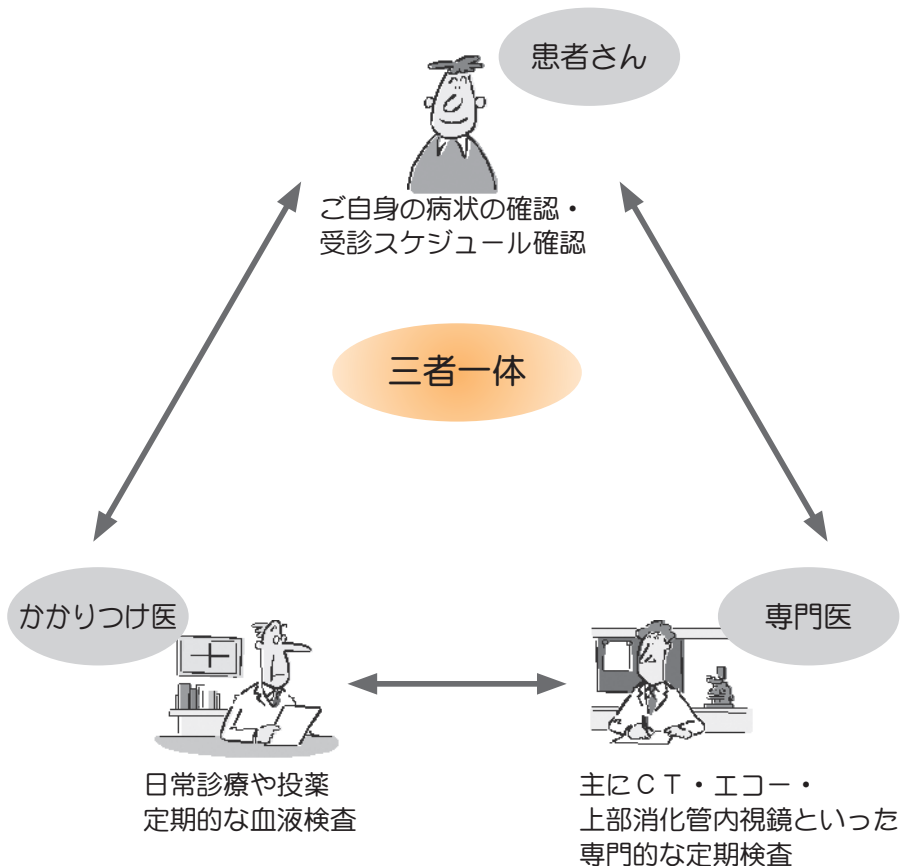


お名前 _____

生年月日 明・大
昭・平 _____年 _____月 _____日

連携手帳とは

地域のかかりつけ医と肝疾患診療連携拠点病院、がん診療連携拠点病院の医師が、診療情報の共有を行い、協力して治療を行うために作成されています。



名前	
生年月日	(明・大・昭・平) _____年 _____月 _____日
住所	
電話番号	携帯番号
身長 _____	cm 体重 _____ K g
飲酒歴 なし・あり ()	
アレルギー既往 なし・あり ()	
併存症 なし・あり 糖尿病・心疾患・腎疾患・脳血管疾患・その他	
()	
内服薬	
肝臓について	
B型肝炎・C型肝炎・その他 ()	
インターフェロン治療歴 ()	
肝がん治療	治療日 平成 年 月 日
肝切除・ラジオ波燃灼術・肝動脈化学塞栓療法 (TACE)・ 肝動注化学療法 (TAI)・分子標的薬 (ソラフェニブ)	
その他 ()	

かかりつけ医 情報	
病・医院名	
医師名	
住所	
電話番号	
治療専門病院 情報	
病院名	
診療科	
担当医名	
住所	
電話番号	
ご家族の情報	
名前	(続柄)
電話番号	携帯番号
名前	(続柄)
電話番号	携帯番号
特記事項	

肝がん治療を受けられた患者さんへ

肝がんの患者さんの大半の方が、肝硬変や慢性肝炎などを背景に抱えています。肝炎や肝硬変の原因の多くがB型 C型の肝炎ウイルスの感染が関与しています。そのほかではアルコールや生活習慣病に伴うものがあります。

従いまして、肝がんになっていない周囲の肝臓も、新たな肝がんができてくる素地が出来上がっているとされています。そのため肝がんを治療しても、油断せずに周囲の肝臓に対するケアと、新たに出てくる肝がんを適切に発見し、肝臓への負担を少なく治療することが肝腎です。

推奨されるサーベイランス

肝がん診療ガイドラインでは、肝がんの発生のリスクを分類して、高危険群、超高危険群を設定しています。

肝細胞癌の高危険群 :B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、肝硬変のいずれかが存在する

肝細胞癌の超高危険群 : B型肝硬変、C型肝硬変患者

高危険群に男性、高齢、アルコール多飲の因子が加わるとに発癌の危険性が増していくとされ、適切な検査間隔は担当医がリスクとコストを考えて決定すべきとされています。

本連携手帳では、最低限の肝がん拾い上げ検査として、超高危険群に対しては、3～4カ月に1回の超音波検査、高危

険群に対しては、6 カ月に 1 回の 超音波検査を行うことを提案しています。腫瘍マーカー検査については、2 つ以上の腫瘍マーカーを測定することを推奨されていますが、保険適応の問題から AFP/PIVKA-II か AFP-L3 分画 /PIVKA-II を交互に測定することが提案されて、本連携手帳でも推奨しております。

なお、肝硬変が進んでしまうと超音波だけでは検査で拾いきれない部分が増えます。また太った方も超音波検査で十分な広い上げができませんので、こういった方には適宜 dynamic CT あるいは、dynamic MRI 検査が勧められています。これらの検査は、診療連携拠点病院において行い、かかりつけ医にも情報が共有されます。

また、食道静脈瘤を破裂前に発見し治療するために定期的な上部消化管内視鏡検査が必要になります。

(かかりつけ医の役割について)

(専門病院での役割について)

患者さんの日常生活についての説明

連携診療計画書（肝がん）

診療場所	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重	K g	K g	K g	K g	K g
検査項目	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿
内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 内視鏡				
投薬	<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
注射/点滴	<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
ヘモグロビン					
血小板数					
プロトロンビン時間					
アルブミン					
A S T					
A L T					
γ G T P					
T - B i l					
A F P					
P I V K A - II					
食欲不振					
腹痛					
倦怠感					
むくみ					
腹水					
肝性脳症					
特記事項					

診療場所	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院
経過	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重	K g	K g	K g	K g	K g
検査項目	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US
内視鏡検査					
投薬	<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
注射/点滴	<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
ヘモグロビン					
血小板数					
プロトロンビン時間					
アルブミン					
A S T					
A L T					
γ G T P					
T - B i l					
A F P					
P I V K A - II					
食欲不振					
腹痛					
倦怠感					
むくみ					
腹水					
肝性脳症					
特記事項					

かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院
10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月	13ヶ月	14ヶ月	15ヶ月
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
K g	K g	K g	K g	K g	K g
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US
<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	<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

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医
経過	16ヶ月	17ヶ月	18ヶ月	19ヶ月	20ヶ月
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重	K g	K g	K g	K g	K g
検査項目	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿
内視鏡検査					
投薬	<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
注射/点滴	<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
ヘモグロビン					
血小板数					
プロトロンビン時間					
アルブミン					
A S T					
A L T					
γ G T P					
T - B i l					
A F P					
P I V K A - II					
食欲不振					
腹痛					
倦怠感					
むくみ					
腹水					
肝性脳症					
特記事項					

専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医
21 ヶ月	22 ヶ月	23 ヶ月	24 ヶ月	25 ヶ月	26 ヶ月
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
K g	K g	K g	K g	K g	K g
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿
<input type="checkbox"/> 内視鏡			<input type="checkbox"/> 内視鏡		
<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	<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

診療場所	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医
経過	27 ヶ月	28 ヶ月	29 ヶ月	30 ヶ月	31 ヶ月
日時	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体重	K g	K g	K g	K g	K g
検査項目	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST/US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿
内視鏡検査					
投薬	<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
注射/点滴	<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
ヘモグロビン					
血小板数					
プロトロンビン時間					
アルブミン					
AST					
ALT					
γGTP					
T-Bil					
AFP					
PIVKA-II					
食欲不振					
腹痛					
倦怠感					
むくみ					
腹水					
肝性脳症					
特記事項					

かかりつけ医	専門病院	かかりつけ医	かかりつけ医	専門病院
32ヶ月	33ヶ月	34ヶ月	35ヶ月	36ヶ月
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
K g	K g	K g	K g	K g
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST / US	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 胸部×線 <input type="checkbox"/> 肝ST / US
				<input type="checkbox"/> 内視鏡
<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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし



患者さん通信欄

年月日	患者さん要望欄	医師コメント欄



患者さん通信欄

年月日	患者さん要望欄	医師コメント欄



患者さん通信欄

年月日	患者さん要望欄	医師コメント欄



患者さん通信欄

年月日	患者さん要望欄	医師コメント欄

—— この手帳の使い方について ——

- 1) 患者さんは手帳を受け取ったら、2 ページ、3 ページにお名前、かかりつけ医等の各項目の記入をお願いします。
- 2) 患者さんは、受診の前に 8 ページ以降に体重などを記入して下さい。
- 3) かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、15 ページ以降に検査結果、診察所見などを記入して下さい。
 - a) 問題があり、書き切れない場合や、かかりつけ医 / 専門病院で伝達が必要な場合は、診療情報提供書の発行をお願いします。

埼玉県医師会
埼玉県がん診療連携協議会
(協力) 埼玉県肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会

ご意見がございましたら下記にお寄せください。

(事務局) 埼玉県立がんセンター
TEL 048-722-1111
FAX 048-722-1129