

鳥取県肝がん地域連携パス

		退院後1か月	3か月	6か月	9か月	1年	2年	5年
受診間隔	連携医療機関		1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回	1か月に1回
	計画策定病院	○	○	○	○	○	3か月に1回	3か月に1回
臨床症状	黄疸	○	○	○	○	○	○	○
	浮腫・腹水	○	○	○	○	○	○	○
	肝性脳症	○	○	○	○	○	○	○
	体重	○	○	○	○	○	○	○
検査	血液一般検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	肝機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	腎機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	凝固機能検査	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	検尿	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	腫瘍マーカー	○	1か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
	CT/MRI(腹部)検査		3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回	3か月に1回
処置	投薬							
	注射・点滴							
診療のポイント								

連携医療機関：	計画策定病院：
---------	---------

本人・家族への説明：	年	月	日
------------	---	---	---

説明者署名：

説明を受け、同意をした者：	本人・家族()
患者氏名：	同意者署名：