肝がん治療後　地域連携診療計画書（　　年目）

患者氏名：　　様　　計画策定病院：長崎医療センター　肝臓内科　　主治医：

生年月日：　　年　月　日　　連携医療機関：　　主治医：

○ 連携医療機関　● 長崎医療センター　（コースを選択し、□にチェックを入れてください。）

□ Aコース

□ Bコース

治療日	年	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
		＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月	＿＿月
		＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日	＿＿日
体　重		kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
採　血		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	T.Bil（mg/dl）												
	ALT（IU/l）												
	Alb（g/dl）												
	血小板（$10^3/\mu l$）												
	AFP（ng/ml）												
	PIVKA-2（mAU/ml）												
画　像		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	エコー												
	MRI・CT												
	内視鏡												
コメント													