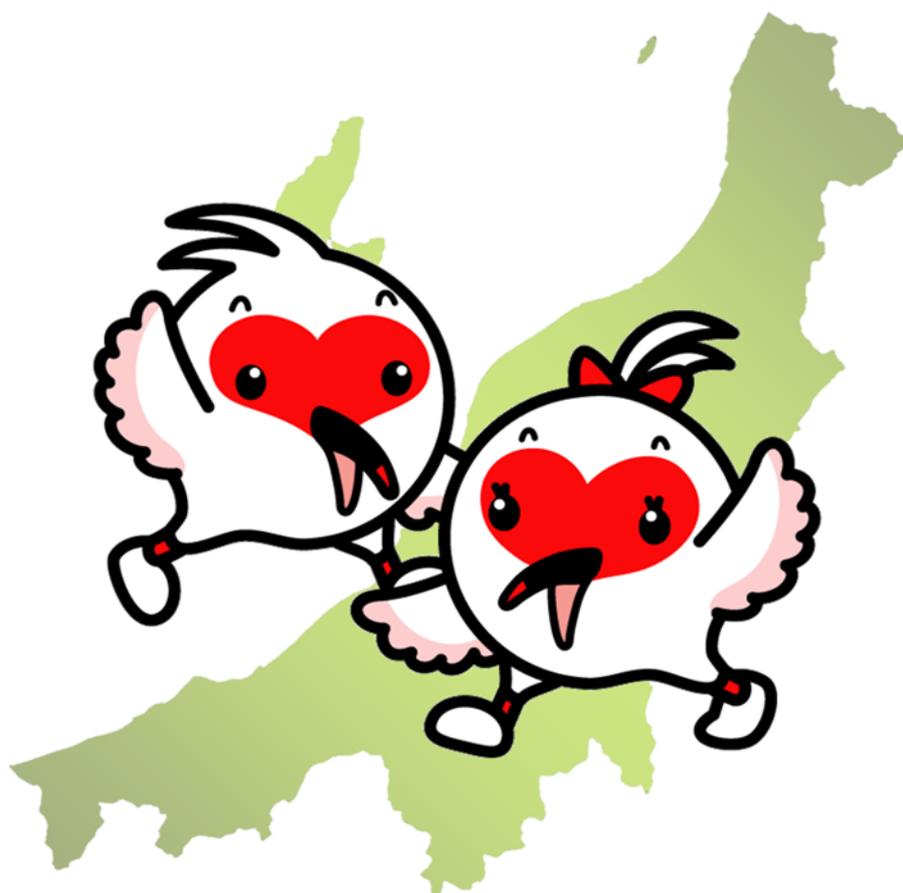


# 医療連携ノート (肝臓)



病院名：



# 医療連携ノートとは

手術などの治療を行った病院とかかりつけ医が協力して（医療連携）、専門的医療と総合的な診療を適切に提供するために使用する患者さん用のノートです。安全で質の高い医療を切れ目なく提供するため、専門医が協力して新潟県共通のものを作成しました。

## ☆医療連携ノートの内容

- ①患者さんの病状、治療内容等の診療情報
- ②今後の診療予定表
- ③診療予定表に基づく受診日の診療記録

## ☆医療連携ノートを使うことによる利点

- ①診療予定表により、「いつ」「どこで」「どんな」検査や診療を受ければよいか分かります。
- ②医療機関同士が患者さんの治療経過を共有でき、より適切な診療が可能となります。
- ③かかりつけ医がもうひとりの主治医となるため、通院時間や待ち時間が短縮し、負担が軽減されます。





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。

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、(拠点病院名, 窓口) (電話番号/内線番号)

までご連絡ください。

他の医療機関を受診する際にお持ちいただくと、医療連携ノートから病状や診療状況を把握することができ、迅速で適切な対応が可能になります。また、保険薬局にお持ちいただければ、より適切な服薬指導を受けることができます。



## 【もくじ】

- 🍃 あなたの主治医の役割：p.4～ p.5
- 🍃 退院後の日常生活について：  
p.6 ～ p.7
- 🍃 メモ： p.8
- 🍃 肝がん連携パス： p.9～ p.28
- 🍃 メモ： p.29～ p.32
- 🍃 ＜病院名＞の各部署・担当等のご案内： p.33～ p.34





## 【あなたの主治医の役割】

### 1. かかりつけ医では

肝がんの治療が終了し、<病院名>を退院された後は、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) 定期的な血液検査
- 2) 腹水やむくみが出てきた時の診療と治療
- 3) 風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療
- 4) 腹水が治りにくく、おなかが張って苦しい時は診察して頂きます。



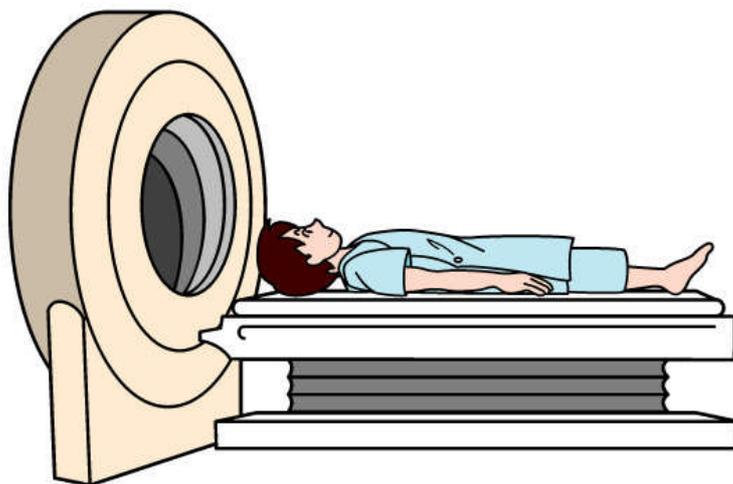


## 2. 〈病院名〉では

定期的（おおよそ3ヶ月）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、血液検査と画像検査（腹部超音波検査、腹部CT検査、腹部MRI検査など）を受けていただきます。

その結果は、毎回、かかりつけ医に報告致します。

肝がんの再発が疑われた場合は、入院していただきます。





## 【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。



メモ



# 連携パス（1～6ヶ月）

ID :
氏名 :

診療場所	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	退院直後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧							
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載							
ALT							
Alb							
T-Bil							
PT(%)							
NH3							
AFP							
PIVKA-II							
Cre							
メモ							

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（7ヶ月～1年）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（1年1～6ヶ月）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月	1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（1年7ヶ月～2年）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（2年1～6ヶ月）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月	2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（2年7ヶ月～3年）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月	2年10ヶ月	2年11ヶ月	3年
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（3年1～6ヶ月）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	3年1ヶ月	3年2ヶ月	3年3ヶ月	3年4ヶ月	3年5ヶ月	3年6ヶ月
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（3年7ヶ月～4年）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	3年7ヶ月	3年8ヶ月	3年9ヶ月	3年10ヶ月	3年11ヶ月	4年
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（4年1～6ヶ月）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	4年1ヶ月	4年2ヶ月	4年3ヶ月	4年4ヶ月	4年5ヶ月	4年6ヶ月
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



# 連携パス（4年7ヶ月～5年）

ID :
氏名 :

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	4年7ヶ月	4年8ヶ月	4年9ヶ月	4年10ヶ月	4年11ヶ月	5年
月日	月 日	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"/> CT, MRI, エコーなど	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> CT, MRI, エコーなど
血圧						
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg
内服薬 変更時記載						
ALT						
Alb						
T-Bil						
PT(%)						
NH3						
AFP						
PIVKA- II						
Cre						
メモ						

※検査間隔は、おおよその目安です。  
 ※網かけの項目は、適宜実施してください。



メモ



メモ



メモ



メモ



## ＜拠点病院名＞の各部署・担当等のご案内

### がん相談支援室

がん相談支援室では、専任の看護師、医療ソーシャルワーカーが患者さんやご家族のほか、地域の方々ががんの治療について知りたい、今後の治療や療養生活のことが心配など、がんの治療にかかわる質問や相談、医療福祉に関する相談等をお受けしております。

相談は、直接、面談にてお話をうかがう方法と、電話にてお話をうかがう方法があり、必要に応じて院内の医師、薬剤師、栄養士、などと連携をとり相談支援にあたっております。

なお、相談は無料となっており、秘密は厳守しますので安心してご相談ください。

**窓口開設時間：**

**（月曜から金曜日まで、休日、年末年始を除く）**

**電話番号　　：〇〇〇-△△-××××**

### 地域保健医療推進部

地域保健医療推進部では、地域医療機関との医療連携を進め、患者さんに安心して受診していただくため、地域医療機関の先生方と当院の医師とのスムーズな連絡・連携の窓口としての役割を果たしています。

## 緩和ケア外来

がんの告知後や手術前後の心理的な不安を抱える患者さん・家族に対し、専門看護師や認定看護師等が医師と連携して予約制で相談にあたっています。

痛みや息苦しさ、倦怠感などの身体的症状や不安などの精神的症状が緩和できるよう、外来通院中の患者さんに対して専門の外来を設けています。

また、別に化学療法、リンパ浮腫を予防するためのリンパドレナージに関する相談も行っています。

## 予約変更・予約外受診

各診療科受付窓口で診察予約の変更を承ります。

なお、検査等の予約の変更は受付できませんので、直接来院のうえ、主治医にお申し出ください。

また、必要があれば、予約外診療も受け付けています。受診の際は、診療科受付までお問い合わせください。

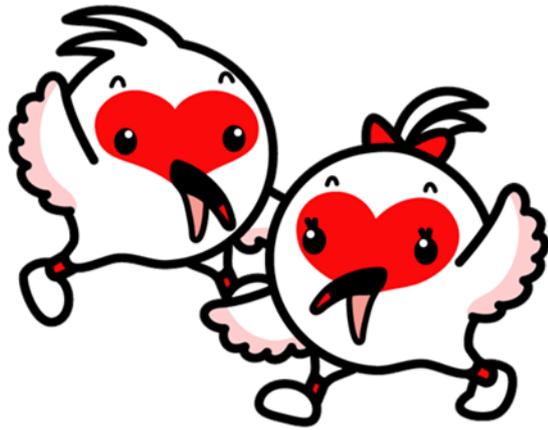
## 夜間・休日などの対応

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ときは、下記までご連絡ください。

**電話番号：**  
**(休日・夜間案内)**



新潟県がん診療連携協議会



あなたのお名前

\_\_\_\_\_ さん

かかりつけ医

\_\_\_\_\_

(電話 \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ 病院

(電話 \_\_\_\_\_ )