

# C型肝炎ウイルス排除後 西濃地域連携クリニックパス

患者用

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様

大垣市民病院 患者ID: \_\_\_\_\_

大垣市民病院 主治医名: \_\_\_\_\_

かかりつけ医: \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 先生

C型慢性肝炎診断日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ウイルス排除確定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

| 施設   | 市民病院から紹介                             | かかりつけ医                                                                                                                                                                    | 市民病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | かかりつけ医                                                                                                                                                                    | 市民病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 経過   | 開始: _____ 年 _____ 月 _____ 日          | 紹介から3月目                                                                                                                                                                   | 6月目: 検査・診察                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 紹介から9月目                                                                                                                                                                   | 12月目: 検査・診察                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 受診日  | _____ 年 _____ 月 _____ 日              | _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                   | _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                   | _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 概要   | これまでの経過と検査結果を記載した紹介状を作成しかかりつけ医に紹介します | かかりつけ医で採血し、肝機能の評価と肝臓の腫瘍マーカーの上昇の有無をチェックしてもらいます。                                                                                                                            | 採血のチェックに加えて、腹部超音波による画像検査を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                            | かかりつけ医で採血し、肝機能の評価と肝臓の腫瘍マーカーの上昇の有無をチェックしてもらいます。                                                                                                                            | 採血のチェックに加えて、腹部超音波による画像検査を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 検査   |                                      | 採血<br><input type="checkbox"/> AST<br><input type="checkbox"/> ALT<br><input type="checkbox"/> γ-GTP<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> PIVKA-II | 採血<br><input type="checkbox"/> AST<br><input type="checkbox"/> ALT<br><input type="checkbox"/> γ-GTP<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> AFP-L3<br><input type="checkbox"/> PIVKA-II<br><input type="checkbox"/> HCV RNA (ウイルス)<br><input type="checkbox"/> 腹部エコー<br><input type="checkbox"/> MRI | 採血<br><input type="checkbox"/> AST<br><input type="checkbox"/> ALT<br><input type="checkbox"/> γ-GTP<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> PIVKA-II | 採血<br><input type="checkbox"/> AST<br><input type="checkbox"/> ALT<br><input type="checkbox"/> γ-GTP<br><input type="checkbox"/> AFP<br><input type="checkbox"/> AFP-L3<br><input type="checkbox"/> PIVKA-II<br><input type="checkbox"/> HCV RNA (ウイルス)<br><input type="checkbox"/> 腹部エコー<br><input type="checkbox"/> MRI |
| 治療   | 以後はかかりつけ医にてお薬を処方してもらいます。             | 内服薬のある方はかかりつけ医で処方してもらってください。                                                                                                                                              | 内服薬のある方はかかりつけ医で処方してもらってください。                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 内服薬のある方はかかりつけ医で処方してもらってください。                                                                                                                                              | 内服薬のある方はかかりつけ医で処方してもらってください。                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 診察予約 | 6ヵ月後の検査・診察予約を入れます                    | かかりつけ医の指示に従って下さい                                                                                                                                                          | 6ヵ月後の検査・診察予約を入れます                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | かかりつけ医の指示に従って下さい                                                                                                                                                          | 6ヵ月後の検査・診察予約を入れます                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

※ 病状に変化が見られた場合、予約外受診はいつでも受け付けます。  
大垣市民病院 消化器内科

