

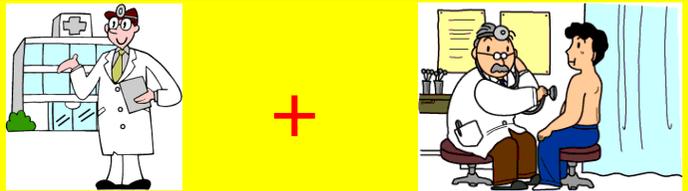
肝臓がん(慢性肝炎／代償性肝硬変)地域連携パス(患者用)

様

目標：安心して日常生活ができる！

担当病院
----->

かかりつけ医
----->

 <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: red;">+</p>	かかりつけ医 ----->			
	病院	病院	病院	病院
紹介日 20 年 月 日	3ヵ月後 20 年 /	6ヶ月後 20 年 /	9ヶ月後 20 年 /	1年後 20 年 /
連携パスを始める際に今後の治療についての説明があります 連携医へ必要な情報が伝わっていますので安心してください。	-----> 定期診察 ----->			
	気になる症状は担当医に伝えてください。			
<input type="checkbox"/> くすり <input type="checkbox"/> 注射 採血(毎月あります)	-----> 諸検査 ----->			
担当病院での諸検査があります 腹部超音波 (場合によってはCT/MRI) <input type="checkbox"/> (3ヶ月に1回) CT もしくは MRI <input type="checkbox"/> (6ヶ月に1回) 胸部レントゲンもしくはCT <input type="checkbox"/> (6ヶ月に1回) 食道・胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> (12ヶ月に1回)	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 

この「結(ゆい)日記」にかいてあるような症状があったら、必ずかかりつけの先生に相談してください。

(大同) 病院

連絡先: 052-611-6261(代表)

主治医

診療所名:

連絡先:

主治医