

福島県 県北地域医療連携手帳



「福島県県北地域医療連携手帳」について

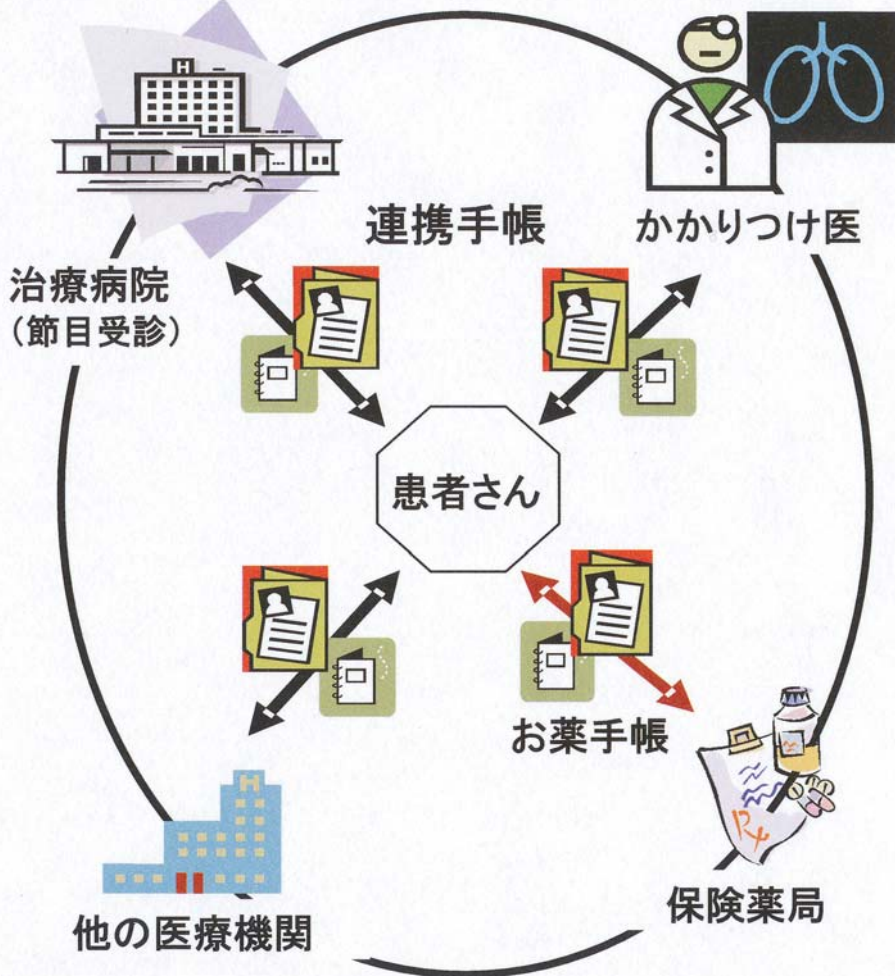
この手帳は、手術を施行した病院とかかりつけ医が協力し、専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。内容は、①共同診療に必要な診療情報、②診療予定表、③診療記録、④病気に関する説明、の4つに分かれています。診療記録の所には患者さん自身に記入してもらう欄が設けてあります。

この連携手帳を使用することで、患者さんは今後の診療予定を知ることが出来ますし、診療情報が共有されますので安心してこれまで通りかかりつけ医の診療を受けることが出来ます。通院時間や待ち時間が短縮し通院の負担が軽減します。また、他の医療機関を受診する場合でも、お薬手帳と一緒に連携手帳を持参すれば、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます（右ページの図参照）。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。

なお、**肝がん**以外のがん（**大腸がん、胃がん、肺がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がん**など）は検査の対象外となります。かかりつけ医に診ていただくか地域の健康診断などをお受けください。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お 名 前

生年月日 明・大 _____年 _____月 _____日
昭・平

住 所

電話番号

携帯電話

家族（続柄）

電 話 番 号

携 帯 電 話

家族（続柄）

電 話 番 号

携 帯 電 話

治療専門病院

病 院 名

科 名

I D

担 当 医

電 話 番 号

住 所

かかりつけ医

病・医院名

医 師 名

電 話 番 号

住 所

肝炎ウイルス

HCV	HBV	陰性
〔セロ (ゲノ) タイプ ウイルス量〕	〔型〕	〔ウイルス量〕

抗ウイルス治療	
薬剤名	治療期間
	～
	～
	～
	～

その他の肝炎治療	
薬剤名	治療期間
	～
	～
	～
	～

食道静脈瘤 なし L () F () C () RC () L g ()

治療日	治療方法
年 月 日	EVL、EIS、手術
年 月 日	EVL、EIS、手術
年 月 日	EVL、EIS、手術

肝がんの原因

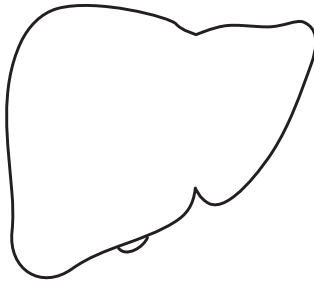
C型肝炎 B型肝炎 アルコール 自己免疫性肝炎
 原発性胆汁性肝硬変 (PBC) 非アルコール性脂肪肝炎 (NASH)
 その他 ()

肝がん治療

局所療法 治療日 平成 年 月 日
 肝切除 ラジオ波焼灼術 肝動脈塞栓術
 動注療法 その他 ()

切除・焼灼・塞栓の部位 (術式・使用薬剤など)

S ()



病理所見

分化度	well	mod	por
門脈浸潤	-	+	
肝内転移	-	+	
肝組織	正常	肝炎	肝硬変
線維化	f	(0 1 2 3 4)	

T ()

N ()

M ()

	T1	T2	T3	T4
①腫瘍个数 単発 ②腫瘍径 2cm 以下 ③脈管侵襲なし (Vp0 Vv0 B0)	①、②、③ すべて合致	2項目合致	1項目合致	すべて 合致せず

肝障害度 : A B C

★ 2項目以上が該当した肝障害度

項目 \ 肝障害度	A	B	C
腹水	なし	治療効果あり	治療効果少ない
T-Bil _____ mg/dl	2.0 未満	2.0~3.0	3.0 超
Albumin _____ g/dl	3.5 超	3.0~3.5	3.0 未満
ICG-R15 _____ %	15 未満	15~40	40 超
PT 活性 _____ %	80 超	50~80	50 未満

Child-Pugh の分類 : A (5~6点) B (7~9点) C (10~15点)

項目 \ ポイント	1点	2点	3点
脳症	なし	軽度	ときどき昏睡
腹水	なし	少量	中等量
T-Bil _____ mg/dl	2.0 未満	2.0~3.0	3.0 超
Albumin _____ g/dl	3.5 超	2.8~3.5	2.8 未満
PT 活性 _____ %	70 超	40~70	40 未満

全身化学療法

薬剤名

治療開始日

	/
	/
	/
	/
	/
	/
	/

その他の特記事項（退院時）

治療病院からかかりつけ医の先生へ

クレアチニン値 _____ mg/dl

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

血液検査は下記項目を含むようお願いいたします。

【血算】白血球，Hb 値，血小板

【生化学】Albumin，AST，ALT，T-Bil，D-Bil，ALP， γ GTP，Cr

【腫瘍マーカー】AFP，PIVKA-II，AFP-L3 分画

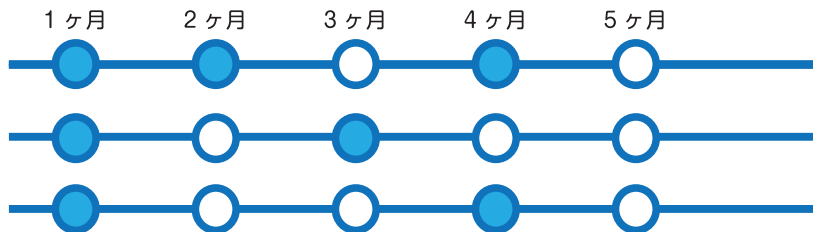
名前

治療病院 ID

1

年目の

A コース



B コース

C コース

年 年 年 年 年
 月日 / / / / /
 体重 Kg Kg Kg Kg Kg

採血

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

血小板

Alb

AST

ALT

T.Bil

γ-GTP

A F P

L 3分画

_____ % _____ % _____ % _____ % _____ %

PIVKA-II

画像

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

所見

CT, US, MRI CT, US, MRI CT, US, MRI CT, US, MRI CT, US, MRI

内視鏡

所見

診療予定表

○かかりつけ医 ●専門病院(変更可)
チェックして下さい

6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
____年 /____	____年 /____	____年 /____	____年 /____	____年 /____	____年 /____	____年 /____
____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg

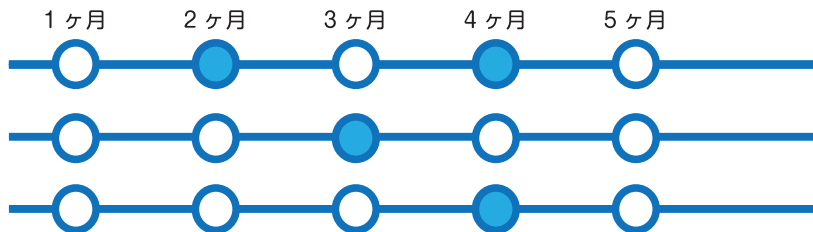
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI

名前

治療病院 ID

年目の

A コース



B コース

C コース

年 年 年 年 年
 月日 / / / / /
 体重 Kg Kg Kg Kg Kg

採血

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

血小板

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

Alb

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

AST

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

ALT

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

T.Bil

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

γ-GTP

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

A F P

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

L 3分画

_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
---------	---------	---------	---------	---------

PIVKA-II

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

画像

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

所見

CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

内視鏡

所見

診療予定表

○かかりつけ医 ●専門病院(変更可)
チェックして下さい

6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /
____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %

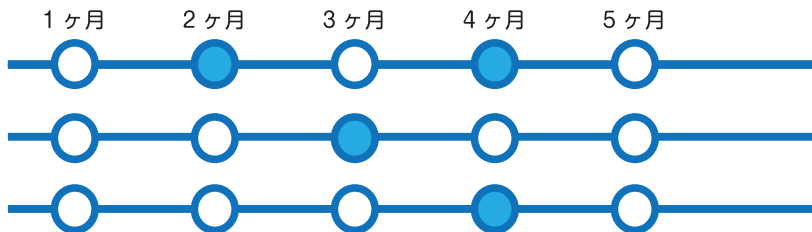
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI

名前

治療病院 ID

年目の

A コース



B コース

C コース

年 年 年 年 年
 月日 / / / / /
 体重 Kg Kg Kg Kg Kg

採血

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

血小板

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

Alb

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

AST

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

ALT

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

T.Bil

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

γ-GTP

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

A F P

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

L 3分画

_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
---------	---------	---------	---------	---------

PIVKA-II

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

画像

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

所見

CT, US, MRI CT, US, MRI CT, US, MRI CT, US, MRI CT, US, MRI

内視鏡

所見

診療予定表

○かかりつけ医 ●専門病院(変更可)
チェックして下さい

6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /
____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %

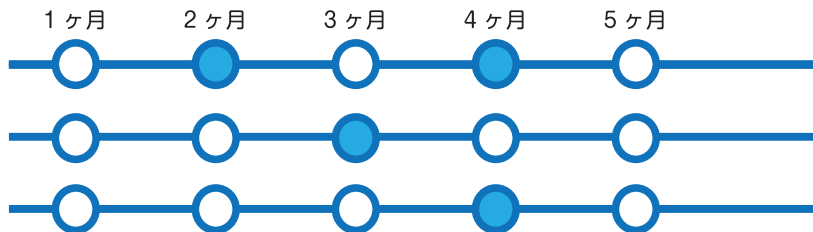
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI

名前

治療病院 ID

年目の

A コース



B コース

C コース

年 年 年 年 年
 月日 / / / / /
 体重 Kg Kg Kg Kg Kg

 採血

血小板

Alb

AST

ALT

T.Bil

γ-GTP

A F P

L 3分画

_____ % _____ % _____ % _____ % _____ %

PIVKA-II

 画像

所見

CT, US, MRI

CT, US, MRI

CT, US, MRI

CT, US, MRI

CT, US, MRI

 内視鏡

所見

診療予定表

○かかりつけ医 ●専門病院(変更可)
チェックして下さい

6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /	____年 /
____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg	____ Kg

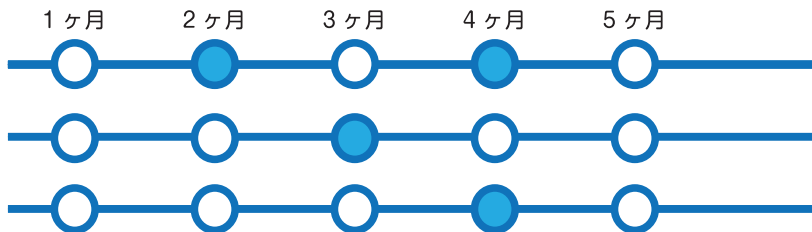
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI

名前

治療病院 ID

年目の

A コース



B コース

C コース

年 年 年 年 年
 月日 / / / / /
 体重 Kg Kg Kg Kg Kg

 採血

血小板

Alb

AST

ALT

T.Bil

γ-GTP

A F P

L 3分画

_____ % _____ % _____ % _____ % _____ %

PIVKA-II

 画像

所見

CT, US, MRI

CT, US, MRI

CT, US, MRI

CT, US, MRI

CT, US, MRI

 内視鏡

所見

診療予定表

○かかりつけ医 ●専門病院 (変更可)
チェックして下さい

6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
___年 / ___年	___年 / ___年	___年 / ___年	___年 / ___年	___年 / ___年	___年 / ___年	___年 / ___年
___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI	CT, US, MRI

通信欄

年月日

コメント

サイン

通信欄

年月日	コメント	サイン

通信欄

年月日

コメント

サイン

通信欄

年月日	コメント	サイン

通信欄

年月日

コメント

サイン

通信欄

年月日	コメント	サイン

通信欄

年月日	コメント	サイン

患者さんへ

肝がん（肝細胞がん）の多くは慢性肝炎・肝硬変に発生します。がんを根治的に治療しても3年で50～70%の再発を認めます。しかし、再発しても肝機能が保たれていて個数が限られていれば、再度の根治的治療が可能です。そのため、一定のスケジュールにしたがって再発の有無を確認する検査が必要となります。また、肝機能が悪化すると腹水が貯留したり、黄疸が出たり、食道静脈瘤から出血する危険性があります。したがって、肝機能検査や内視鏡検査も行う必要があります。

診察・検査予定表にしたがって、かかりつけ医療機関や専門病院で診察を受けていただき、肝機能の変化やがん再発の有無を確認していただきます。

かかりつけ医療機関の受診日は「○」、専門病院の受診日は「●」で表示してあります。検査の日程や症状についてお困りの時には、まずかかりつけ医療機関の医師にご相談ください。

退院後の注意点

食事について：慢性肝炎や肝硬変の方は塩分のとりすぎに注意をしてください。アルコール摂取は肝機能を悪化させ、肝がん発生の危険性を増加させるので控えてください。

内服薬について：薬は飲み忘れず、時間を守って飲むようにしましょう。

体重測定：肝がん治療後は腹水や胸水が貯留しやすくなります。外見上は変化がなくても体重の変化で気付くことがあります。毎日決まった時間に体重を計り記録しておくといいでしょう。診察時には前もって所定の欄に体重を記入しておいて下さい。

緊急時の連絡について：夜間・土日・祝日などで、かかりつけ医に連絡が取れない場合は、専門病院に連絡を取ってください。

医療機関の皆さんへ

肝がん（肝細胞がん）は肺、胃、大腸に続いて4番目に多いがんです。肝がんの9割以上は肝炎ウイルスの感染（8割がHCV、1.5割がHBV）が原因で、HCV持続感染者は慢性肝炎で年率0.5～5%、肝硬変で年率6～8%、HBV肝硬変で年率2.5～3%の頻度で肝がんを発症すると言われています。

本邦における診断と治療の基本的指針である「科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン 2005年版」（金原出版、2005）では、C型慢性肝炎、B型慢性肝炎、肝硬変を肝がんの高危険群としています。さらに男性、高齢、アルコール多飲の因子が加わると超高危険群となり、肝がんのサーベイランスとして3～4か月毎の超音波検査、血液検査（AFP、PIVKA-II、AFP-L3分画）、6～12か月毎のCT/MRI検査を推奨しています。

多中心性発癌による新たな肝がんの発生と転移性再発のために肝がん治療後の再発率は高く、年20～30%、5年間で80%に達すると言われています（日本肝臓学会編：肝癌診療マニュアル、医学書院、2007）。したがって、肝がん治療後のフォローアップにおいては、超高危険群のサーベイランス以上の綿密な検査が不可欠です。

医療機関の皆さんへ

本手帳を持参された患者さんに対しては専門医とかかりつけ医が協力しながらこれらの検査を行えるように診察検査予定を組んで頂けるようお願い致します。

また、患者さんは肝障害に伴う疾患を併発することがあります。食道静脈瘤、高アンモニア血症、消化性潰瘍、糖尿病など比較的症状が露呈しにくい病態についても定期的な診察の中でご配慮いただけますようお願いいたします。

この手帳の使い方について

この手帳には患者さんの診療情報が記載されています。紛失しないように大切に取扱いして下さい。

手帳の記入は、患者さんと医療者が共同して行います。

患者さんは手帳を受け取ったら、3, 4ページのお名前・連絡先・アレルギー・既往歴などを記入して下さい。9ページ以降の診療結果（採血データなど）についても原則として患者さんに記入して頂くことで、ご自分の病状把握に努めていただきます。

かかりつけ医ならびに専門病院の先生は、5, 6, 7, 8ページの記載をお願いします。また、9ページ以降の診療予定表のコースを選び、にチェックしてから患者さんにお渡し下さい。画像検査を行った場合は結果を簡単に記入して下さい。

通信欄に書き切れない場合は、診療情報提供書をご利用下さい。

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい。

E-mail : path@fmu.ac.jp

F A X : (024)547-1089

郵 送 : 〒960-1295 福島市光が丘1番地
福島県立医科大学附属病院
臨床腫瘍センター