

# 茨城県診療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail:soudansien@chubyoin.pref.ibaraki.jp

FAX:0296-78-5421

郵送:〒309-1793

茨城県笠間市鯉淵6528

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

都道府県がん診療連携拠点病院

相談支援センター内

茨城県がん診療連携協議会

相談支援部会事務局



## 連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して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。

手帳によって、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かかりつけ医の診療を受けることが出来ます。他の医療機関を受診する場合でも、連携手帳をお持ち頂ければ、治療内容が正確に伝わり診療に役立ちます。(右図参照)

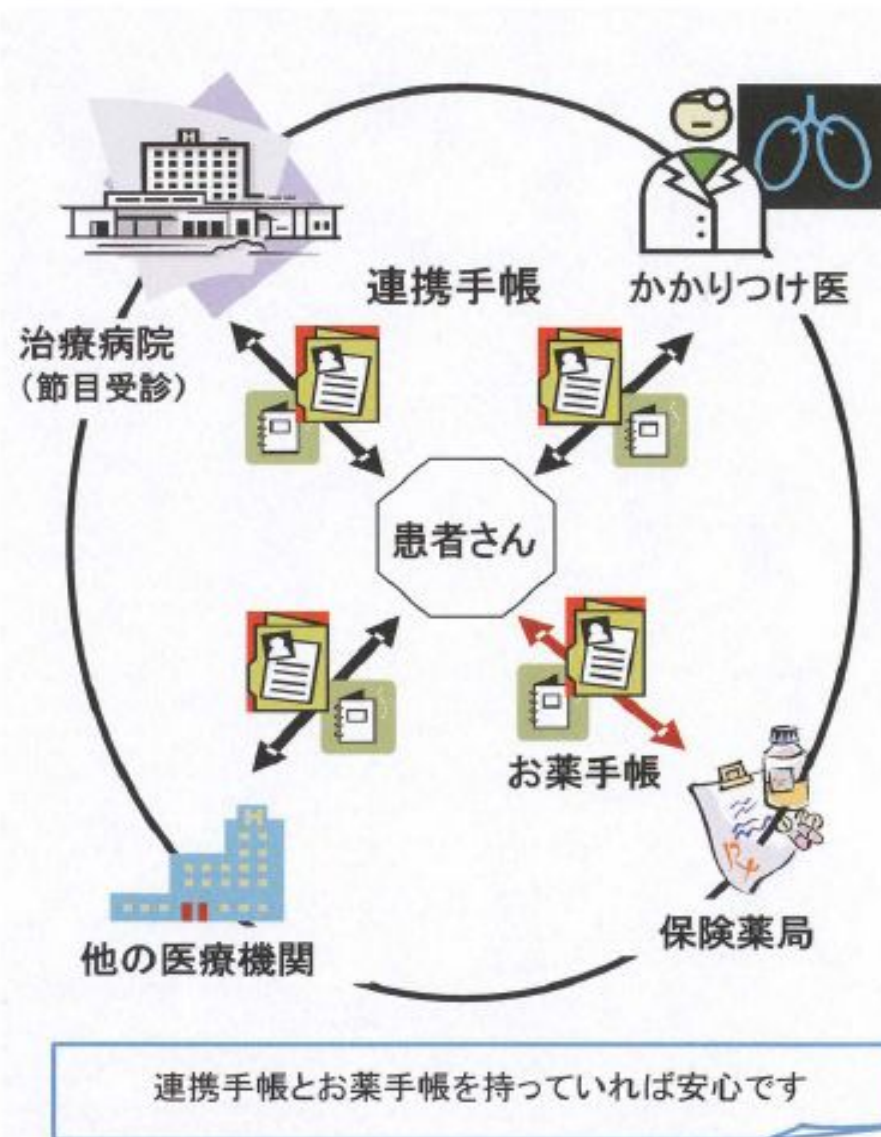
日常の診療や投薬はかかりつけ医が行い、治療を行った専門病院へは節目に受診して頂きます。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。

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、治療した専門病院までご連絡ください。

なお、肝がん以外のがん(肺がん、胃がん、大腸がん、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。かかりつけの先生に診ていただくか地域の健康診断などをお受け下さい。

この連携手帳の予定表は、診察・検査を行う時期の目安です。病状に応じて診察・検査の時期を変更することもあります。その場合は主治医の判断に従うようにしてください。

## 連携手帳を用いた診療の流れ



お名前	
生年月日	明・大 昭・平 _____年 _____月 _____日
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	

身長 _____ cm	体重 _____ kg
飲酒歴	
造影剤アレルギー	なし ・ あり
その他のアレルギー	なし ・ あり
既往歴	なし ・ あり
併存症	なし ・ あり
糖尿病・高血圧・脳血管疾患・心疾患・ 腎疾患・その他 ( )	
内服薬 (シール貼付も可。お薬手帳があれば記入はいりません。)	

## 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 ( ) Lg ( )

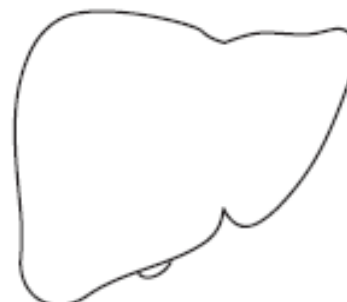
治療日	治療方法
年 月 日	EVL、EIS、手術
年 月 日	EVL、EIS、手術
年 月 日	EVL、EIS、手術

## 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腫瘍個数 単発 ②腫瘍径 2cm以下 ③尿管浸襲なし (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	ときどき重
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,  $\gamma$ GTP, Cr

【腫瘍マーカー】AFP, PIVKA-II, AFP-L3 分画

名前 \_\_\_\_\_  
 治療病院 I D \_\_\_\_\_

**1** 年目の

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

	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
<input type="checkbox"/> Aコース	●	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
<input type="checkbox"/> Bコース	●	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
<input type="checkbox"/> Cコース	●	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年
月日	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
体重	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg

**採血**

	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
<input type="checkbox"/> 血小板												
Alb	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
AST	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ALT	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
T.Bil	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
γ-GTP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A F P	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
L 3分画	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
PIVKA-II	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**画像**

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

**内視鏡**

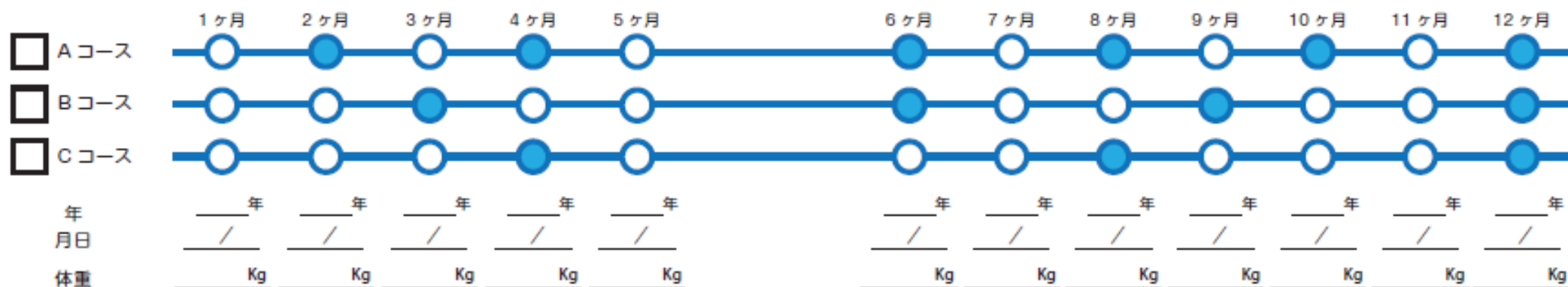
<input type="checkbox"/> 所見	_____											
-----------------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

名前 \_\_\_\_\_  
 治療病院 I D \_\_\_\_\_

年目の

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



採血

血小板 \_\_\_\_\_  
 Alb \_\_\_\_\_  
 AST \_\_\_\_\_  
 ALT \_\_\_\_\_  
 T.Bil \_\_\_\_\_  
 γ-GTP \_\_\_\_\_  
 AFP \_\_\_\_\_  
 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

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

内視鏡

所見 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_  
 治療病院 I D \_\_\_\_\_

年目の

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

	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
<input type="checkbox"/> Aコース	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
<input type="checkbox"/> Bコース	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
<input type="checkbox"/> Cコース	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年
月日	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
体重	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg

採血

	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
<input type="checkbox"/> 血小板	<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"/>
Alb	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
AST	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
ALT	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
T.Bil	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
γ-GTP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
A F P	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
L 3分画	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
PIVKA-II	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

画像

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

内視鏡

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



名前 \_\_\_\_\_  
 治療病院 I D \_\_\_\_\_

年目の

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

	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
<input type="checkbox"/> Aコース	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●	○	●
<input type="checkbox"/> Bコース	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
<input type="checkbox"/> Cコース	○	○	○	●	○	○	○	●	○	○	○	●
年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年	___年
月日	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___	___/___
体重	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg	___ Kg

採血

	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
<input type="checkbox"/> 血小板	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
Alb	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
AST	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
ALT	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
T.Bil	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
γ-GTP	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
A F P	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
L 3分画	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
PIVKA-II	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___

画像

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

内視鏡

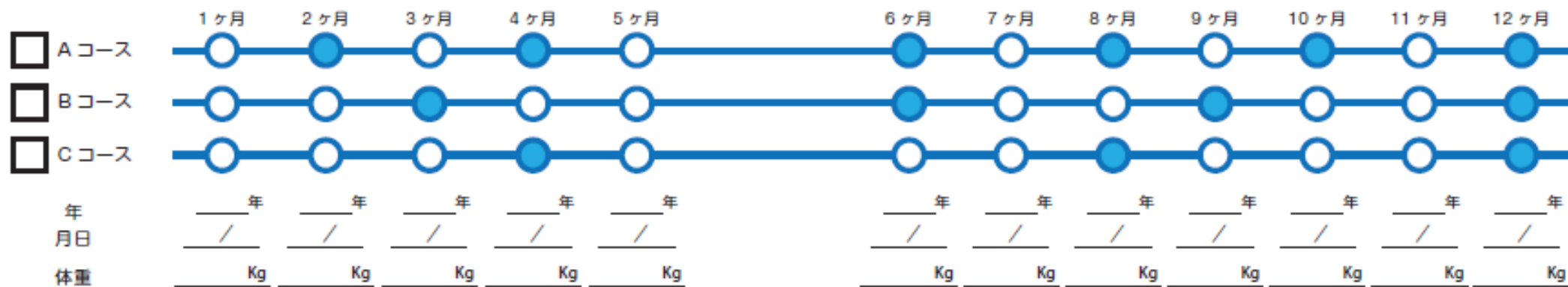
<input type="checkbox"/> 所見	_____											<input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------

名前 \_\_\_\_\_  
 治療病院 I D \_\_\_\_\_

年目の

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



採血

	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
<input type="checkbox"/> 血小板	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
Alb	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
AST	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
ALT	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
T.Bil	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
γ-GTP	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
A F P	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___
L 3分画	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %	___ %
PIVKA-II	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___	___

画像

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

内視鏡

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

## 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り扱い下さい。

手帳の記入は、患者さんと医療者が共同で行います。

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。