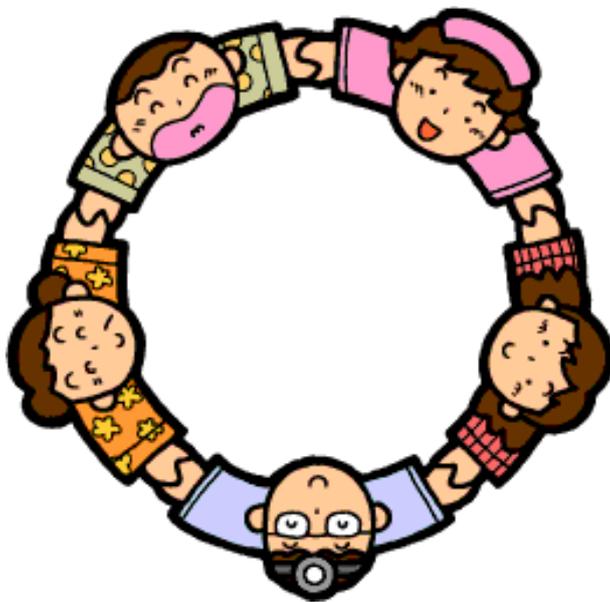


肝炎地域連携パス

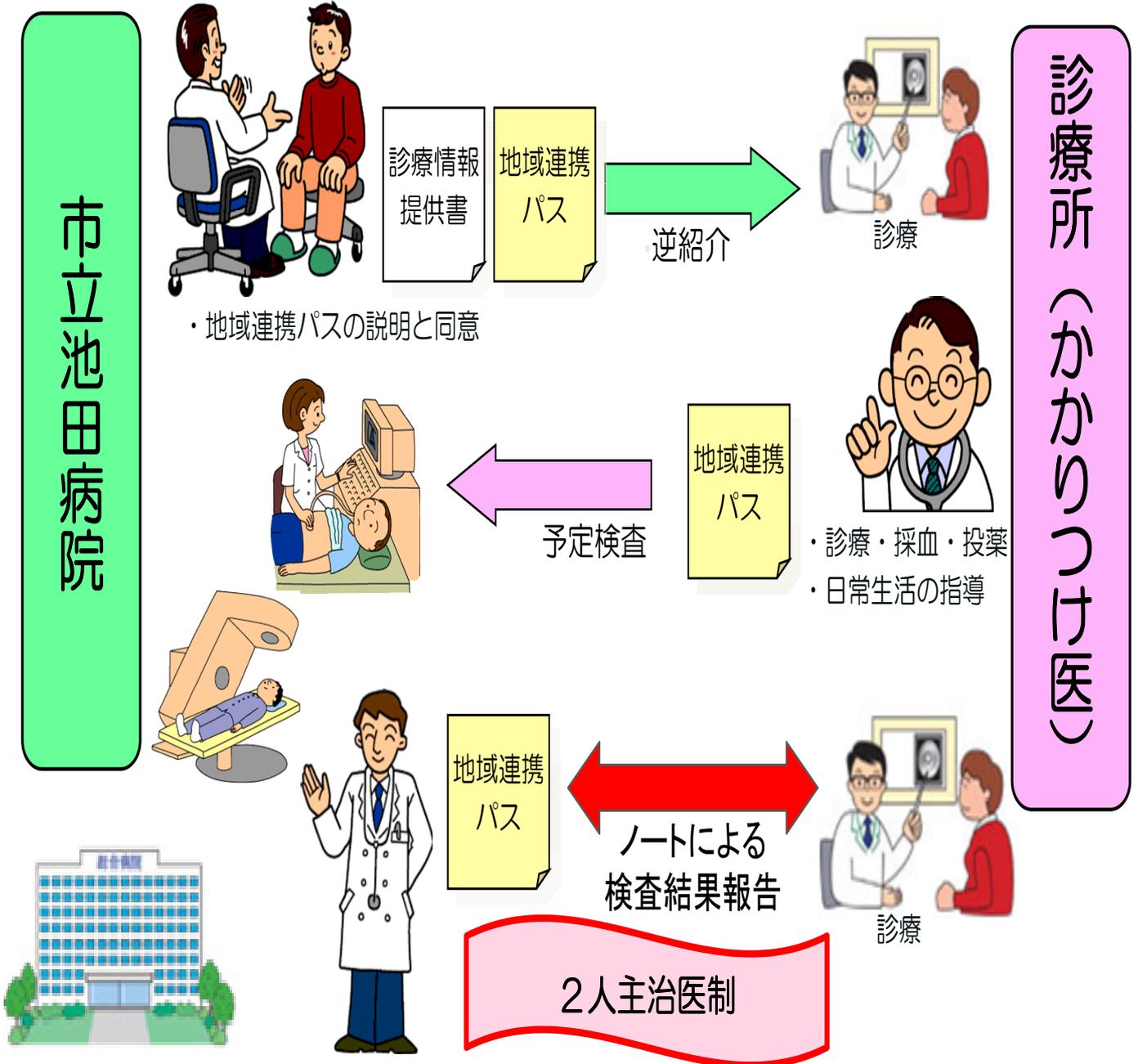


市立池田病院

かかりつけ医：

★診察時に、必ずお持ちください。

肝炎地域連携パスの流れ



氏名：

生年月日：

住所：

電話番号：

[肝炎治療連携パス医療機関]

記号	医療機関名 住所・電話番号	診療科名 担当医師	パス登録日
A	市立池田病院 池田市城南3-1-18 TEL072-751-2881	消化器内科 < >	月 年 日
B			月 年 日
C			月 年 日
D			月 年 日

【もくじ】

- 🍃 地域連携パスとは： p.3
- 🍃 肝細胞癌発生のリスク： p.4
- 🍃 日常生活について： p.5～p.6
- 🍃 患者様用メモ： p.7～p.8
- 🍃 C型肝炎地域連携パス記入例： p.9
- 🍃 C型肝炎地域連携パス： p.10～p.12
- 🍃 医師用メモ： p.13～p.14
- 🍃 市立池田病院のご案内： p.15





「地域連携パス」とは、・・・

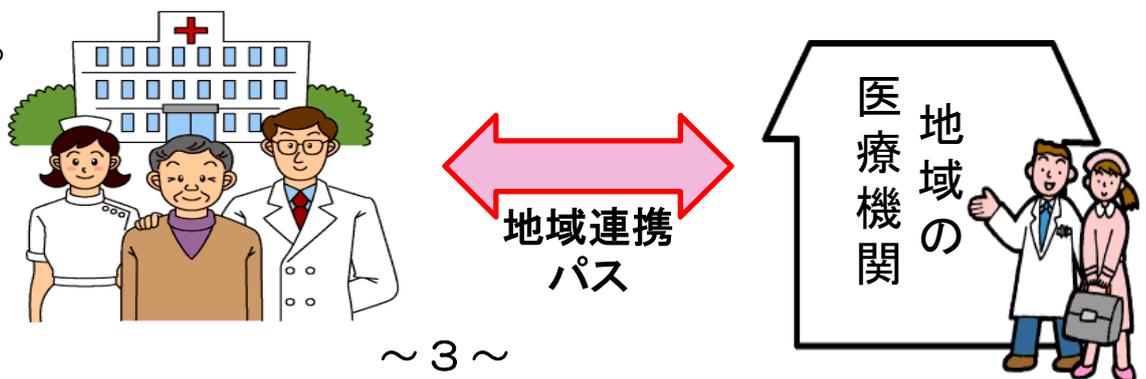
地域のかかりつけ医の先生と、市立池田病院の医師があなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。

「地域連携パス」を活用し、かかりつけ医と市立池田病院の医師が協力してあなたの治療を行います。

また、市立池田病院で、定期検査を受けて頂き、治療の経過を確認をさせていただきます。

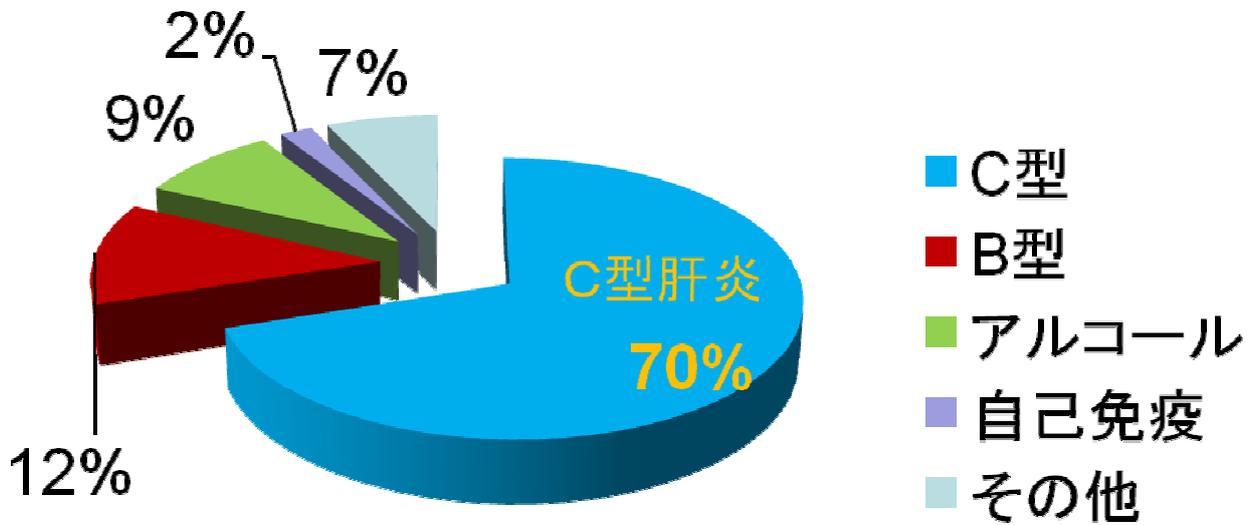
この「地域連携パス」を活用することで、市立池田病院と地域のかかりつけ医が協力して、患者さんの視点に立った、**安心で質の高い医療**を提供する体制づくりを目指しています。

このことは、**診察待ち時間の解消**や**通院時間の短縮**など、患者さんの負担の軽減にも繋がります。さらに、ご自身の治療計画や治療経過の把握、かかりつけ医の手厚い診療による不安の解消などにも貢献します。

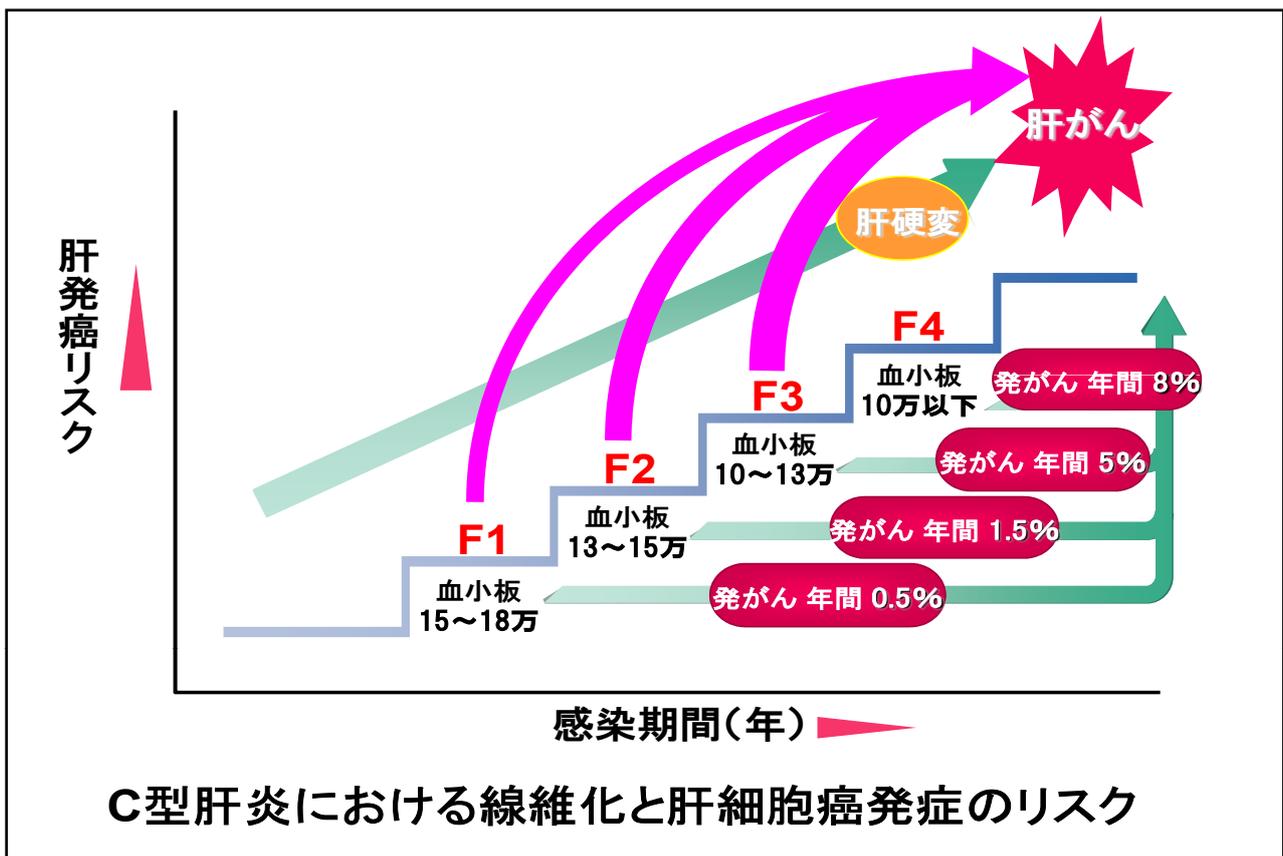




当院で治療した肝臓がんの原因



C型肝炎が肝臓がんの原因の約7割を占める。





【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、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(大豆・豆腐など)
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。





3. アルコール

基本的に肝臓が悪い人は飲酒は控えてください。



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

無理のないスケジュールなら、治療中でも旅行は可能です。

6. 肝炎ウイルス感染予防

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（患者様用）



メモ（患者様用）



【記入例】

医 = 医師が記入して下さい **患** = 患者様が記入して下さい

診療場所	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医
月日	1月 1日	月 日	月 日	月 日
内服	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照
検査	<input checked="" type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT
投薬	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
AST (IU/l)		32		
ALT (IU/l)		27		
アルブミン (g/dl)		3.9		
血小板 (万/ μ l)		18.5		
腹囲		70cm		
腹水	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
脳症	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
体重		50.0kg		
自覚症状のチェック	全身倦怠感	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	胸やけ	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	下痢	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
備考	特になし			
医師のサイン	サインor印			

該当する項目にチェック・記入して下さい。そのほかに、特記事項や医師間での連絡事項などがございましたら、下記の備考欄、もしくは13P～14Pのメモを活用して下さい。なお、空白の欄はフリーボックスです。

該当する項目にチェックを入れましょう。そのほかに、気になる事や伝えたい事があれば、7P～8Pのメモに書いておきましょう。なお、空白の欄はフリーボックスです。

診療所、病院それぞれで担当された医師のサインまたは承認印をお願い致します。

診療場所	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医				
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
内 服	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	
検 査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	
投 薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
AST (IU/l)					
ALT (IU/l)					
アルブミン (g/dl)					
血小板 (万/ μ l)					
腹 囲	cm	cm	cm	cm	
腹 水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
脳 症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
体 重	kg	kg	kg	kg	
自覚症状のチェック	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	胸やけ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
備考					
医師のサイン					

診療場所	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医				
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
内 服	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	
検 査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	
投 薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
AST (IU/l)					
ALT (IU/l)					
アルブミン (g/dl)					
血小板 (万/ μ l)					
腹 囲	cm	cm	cm	cm	
腹 水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
脳 症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
体 重	kg	kg	kg	kg	
自覚症状のチェック	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	胸やけ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
備考					
医師のサイン					

診療場所	<input type="checkbox"/> 市立池田病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ医				
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
内 服	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照	
検 査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡	
投 薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
AST (IU/l)					
ALT (IU/l)					
アルブミン (g/dl)					
血小板 (万/ μ l)					
腹 囲	cm	cm	cm	cm	
腹 水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
脳 症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
体 重	kg	kg	kg	kg	
自覚症状のチェック	全身倦怠感	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腹部膨満	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	胸やけ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
備考					
医師のサイン					

連絡事項(医師用)



連絡事項(医師用)



市立池田病院の診療・予約のご案内

【診療時間】

月曜日～金曜日

午前8：45～午前11：00

午後の診療は専門外来となっております。

【問い合わせ】

地域医療連携室

TEL：072-754-6379

FAX：072-754-6380

勤務時間

月曜日～金曜日：午前8：30～午後20：00

土曜日：午前9：00～午後13：30

地域医療連絡室では、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。

【夜間・休日の対応】

緊急を要する場合で、休日や夜間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。

TEL072-751-2881（代表）



市立池田病院

〒563-8510
池田市城南3丁目1番18号
TEL072-751-2881 (代表)

作成：2010年6月