

# 肝がん連携パス



市立東大阪医療センター  
大阪府がん診療連携協議会



「連携パス」とは地域のかかりつけ医と市立東大阪医療センターの医師が、あなたの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。「連携パス」を活用して、かかりつけ医と市立東大阪医療センターの医師が協力してあなたの治療を行います。

肝がんの患者さんの約9割が、C型肝炎やB型肝炎というウイルス感染を合併しています。そのため、慢性肝炎や肝硬変といった病気を合併しています。この治療には平素から、注射や投薬が必要となりますが、この日常の診療をかかりつけ医に行ってください。

CTやエコーといった肝がんの総合的な定期検査は市立東大阪医療センターで受けていただきます。肝がんは高率に再発する病気ですが、CTなどで再発が見つかった場合は市立東大阪医療センターに入院して治療を受けていただきます。





この「連携パス」を活用することで、市立東大阪医療センター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をつくることを目指していきます。このことは、長い待ち時間の解消や通院時間の短縮などの患者さんの負担の軽減にもなります。さらに、ご自身の治療計画や経過の把握、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。



市立東大阪医療センター

電話 06-6781-5101 (代表)



## 【もくじ】

- 🍃 あなたの主治医の役割 : p.4～ p.5
- 🍃 退院後の日常生活について :  
p.6 ～ p.7
- 🍃 肝がん連携パス : p.9～ p.20
- 🍃 病院の各部署・担当等のご案内 :  
p.21～ p.22
- 🍃 メモ : p.23 ～ p.26





# 【あなたの主治医の役割】

## 1. かかりつけ医では

肝がんの治療が終了し、市立東大阪医療センターを退院された後は、地域のかかりつけ医の先生に平素は診療していただきます。

おもに、

- 1) 1ヶ月毎の肝炎の血液検査
- 2) 肝炎治療薬を含めたお薬の処方
- 3) 肝炎治療の注射が必要な方は、その注射を
- 4) 腹水やむくみが出てきた時の診療と治療
- 5) 風邪をひいたりして、熱が出た時の診察と治療などを行っていただきます。

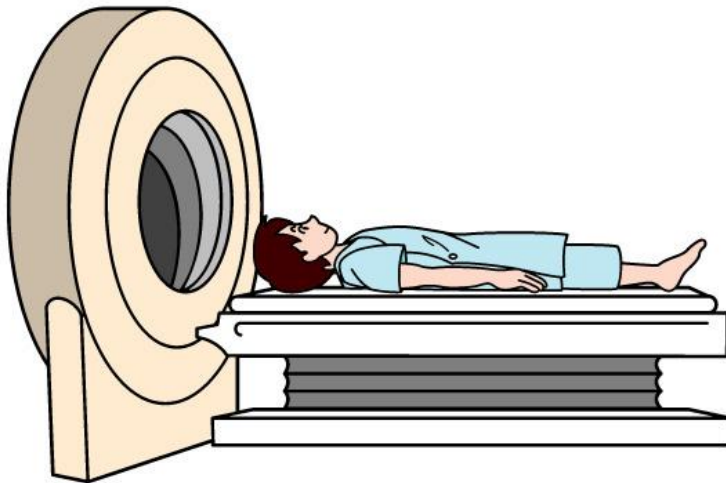




## 2. 市立東大阪医療センターでは

**原則として3ヶ月毎**に通院していただき、検査と診察を受けていただきます。検査としては、血液検査と腹部超音波検査(または腹部CT検査、腹部MRI検査)を3ヶ月毎に受けていただきます。

その結果は、毎回、かかりつけ医に報告致します。  
肝がんの再発が疑われた場合は、入院していただきます。  
また、肝性脳症(意識がおかしくなる)や難治性の腹水(腹水が治りにくく、おなかがはって苦しい時)が出現した時も入院して頂きます。





# 【退院後の日常生活について】

## 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。

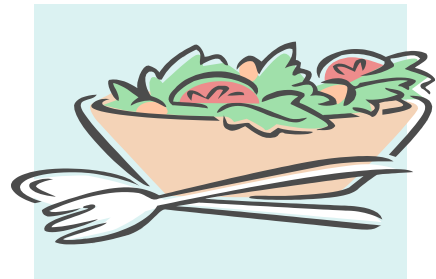
適度な運動とは、**1日30分程度の散歩**で、毎日、続けることが大切です。ただし、腹水・黄疸・肝性脳症(意識がおかしくなる)があるときや、AST(GOT)、ALT(GPT)が高い時(200以上)は安静が必要です。



## 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。

肝性脳症を起こしたことがある人はタンパク質(特に肉類)のとりすぎに注意して下さい。腹水の貯まったことのある人は塩分を控えて下さい。





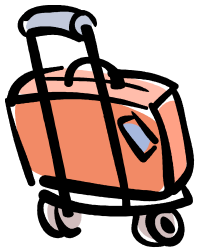
### 3. アルコール

基本的に肝臓が悪い人は飲酒できません。



### 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

腹水・黄疸・肝性脳症がなければ、可能です。ただし、無理のないスケジュールで。

### 6. 肝炎ウイルス感染予防

出血時の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



# 肝がん連携パス（1～6ヶ月）

| 診療場所            | 病院  | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|-----------------|---|--|--|---|
| 経過              | 退院直後  | 1ヶ月  | 2ヶ月  | 3ヶ月   |
| 月日              | 月 日   | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 検査              | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| 内服薬             | <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   |
| 注射/点滴           | <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   |
| ALT             |   |  |  |   |
| Alb             |   |  |  |   |
| T-Bil           |   |  |  |   |
| PT(%)           |   |  |  |   |
| NH <sub>3</sub> |   |  |  |   |
| AFP             |   |  |  |   |
| PIVKA-Ⅱ         |   |  |  |   |
| むくみ             | <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   |
| 体重              | kg  | kg   | kg   | kg  |
| メモ              |   |  |  |   |

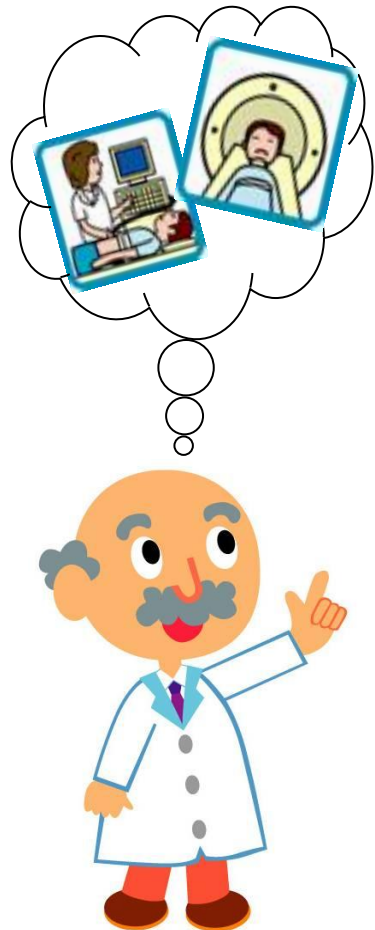


| かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|--|--|---|
| 4ヶ月  | 5ヶ月  | 6ヶ月   |
| 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| <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   |
|  |  |   |
| kg   | kg   | kg  |
|  |  |   |

メモ

# 肝がん連携パス（7ヶ月～1年）

| 診療場所            | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|-----------------|--|--|---|
| 経過              | 7ヶ月  | 8ヶ月  | 9ヶ月   |
| 月日              | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 検査              | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| 内服薬             | <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   |
| 注射/点滴           | <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   |
| ALT             |  |  |   |
| Alb             |  |  |   |
| T-Bil           |  |  |   |
| PT(%)           |  |  |   |
| NH <sub>3</sub> |  |  |   |
| AFP             |  |  |   |
| PIVKA-II        |  |  |   |
| むくみ             | <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   |
| 体重              | kg   | kg   | kg  |
| メモ              |  |  |   |



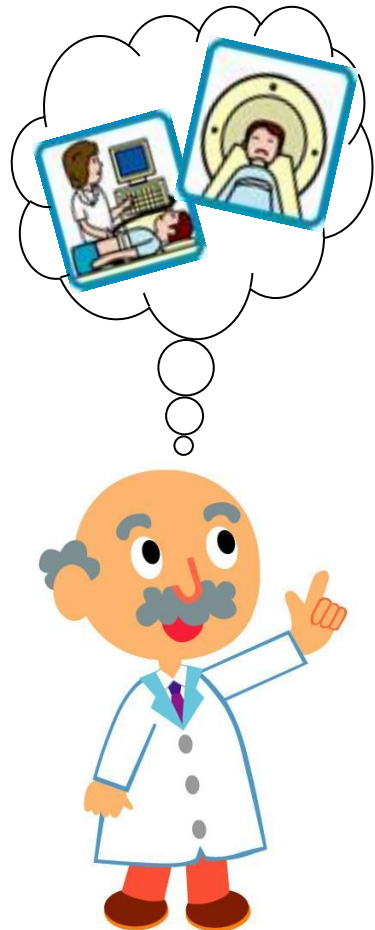


| かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|--|--|---|
| 10ヶ月   | 11ヶ月   | 1年  |
| 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| <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   |
|  |  |   |
| kg   | kg   | kg  |
|  |  |   |

メモ

# 肝がん連携パス（1年1～6ヶ月）

| 診療場所            | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|-----------------|--|--|---|
| 経過              | 1年1ヶ月  | 1年2ヶ月  | 1年3ヶ月   |
| 月日              | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 検査              | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| 内服薬             | <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   |
| 注射/点滴           | <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   |
| ALT             |  |  |   |
| Alb             |  |  |   |
| T-Bil           |  |  |   |
| PT(%)           |  |  |   |
| NH <sub>3</sub> |  |  |   |
| AFP             |  |  |   |
| PIVKA-II        |  |  |   |
| むくみ             | <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   |
| 体重              | kg   | kg   | kg  |
| メモ              |  |  |   |



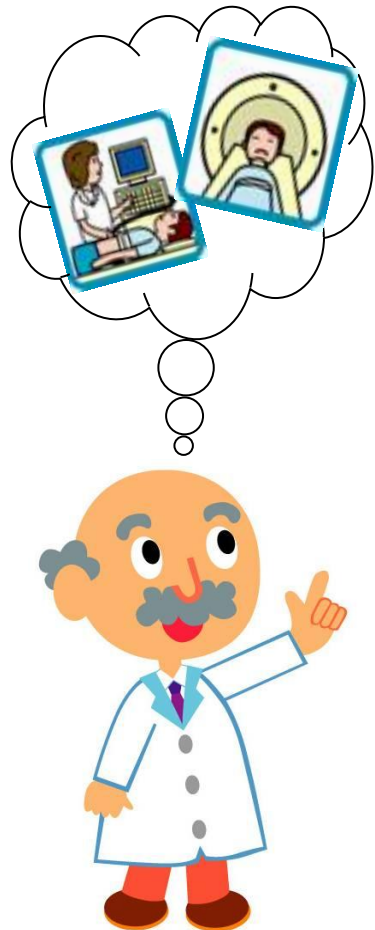


| かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|--|--|---|
| 1年4ヶ月  | 1年5ヶ月  | 1年6ヶ月   |
| 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| <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   |
|  |  |   |
| kg   | kg   | kg  |
|  |  |   |

メモ

# 肝がん連携パス（1年7ヶ月～2年）

| 診療場所            | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|-----------------|--|--|---|
| 経過              | 1年7ヶ月  | 1年8ヶ月  | 1年9ヶ月   |
| 月日              | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 検査              | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| 内服薬             | <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   |
| 注射/点滴           | <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   |
| ALT             |  |  |   |
| Alb             |  |  |   |
| T-Bil           |  |  |   |
| PT(%)           |  |  |   |
| NH <sub>3</sub> |  |  |   |
| AFP             |  |  |   |
| PIVKA-II        |  |  |   |
| むくみ             | <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   |
| 体重              | kg   | kg   | kg  |
| メモ              |  |  |   |





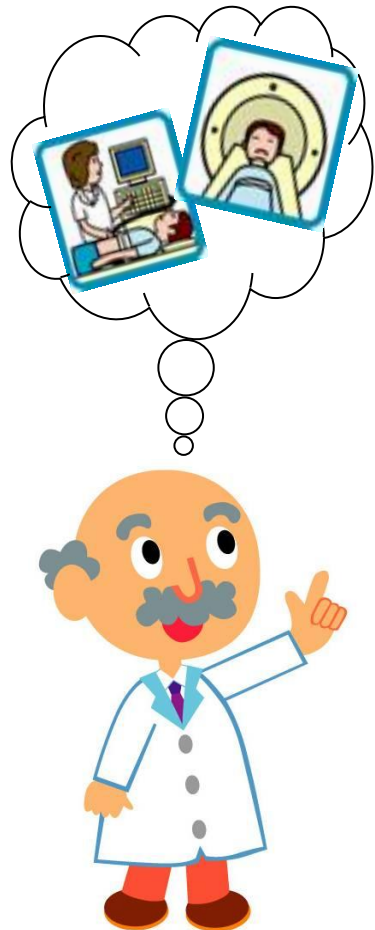


| かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|--|--|---|
| 1年10ヶ月   | 1年11ヶ月   | 2年  |
| 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| <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   |
|  |  |   |
| kg   | kg   | kg  |
|  |  |   |

メモ

# 肝がん連携パス（2年1～6ヶ月）

| 診療場所            | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|-----------------|--|--|---|
| 経過              | 2年1ヶ月  | 2年2ヶ月  | 2年3ヶ月   |
| 月日              | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 検査              | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| 内服薬             | <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   |
| 注射/点滴           | <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   |
| ALT             |  |  |   |
| Alb             |  |  |   |
| T-Bil           |  |  |   |
| PT(%)           |  |  |   |
| NH <sub>3</sub> |  |  |   |
| AFP             |  |  |   |
| PIVKA-II        |  |  |   |
| むくみ             | <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   |
| 体重              | kg   | kg   | kg  |
| メモ              |  |  |   |



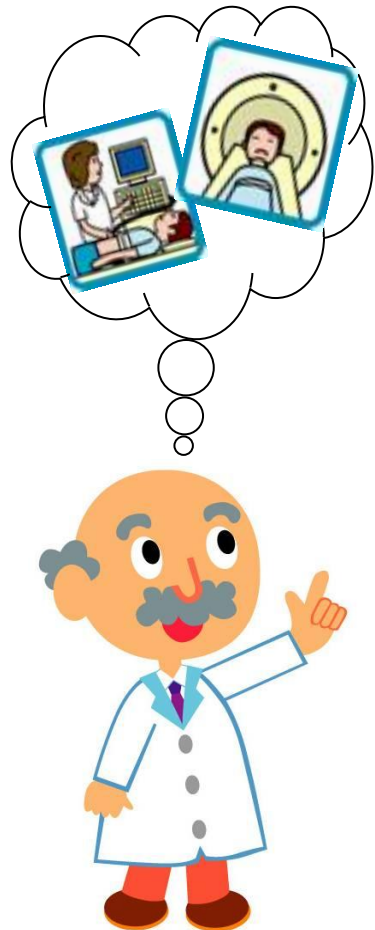


| かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|--|--|---|
| 2年4ヶ月  | 2年5ヶ月  | 2年6ヶ月   |
| 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| <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   |
|  |  |   |
| kg   | kg   | kg  |
|  |  |   |

メモ

# 肝がん連携パス（2年7ヶ月～3年）

| 診療場所            | かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|-----------------|--|--|---|
| 経過              | 2年7ヶ月  | 2年8ヶ月  | 2年9ヶ月   |
| 月日              | 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| 検査              | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| 内服薬             | <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   |
| 注射/点滴           | <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   |
| ALT             |  |  |   |
| Alb             |  |  |   |
| T-Bil           |  |  |   |
| PT(%)           |  |  |   |
| NH <sub>3</sub> |  |  |   |
| AFP             |  |  |   |
| PIVKA-II        |  |  |   |
| むくみ             | <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   |
| 体重              | kg   | kg   | kg  |
| メモ              |  |  |   |





| かかりつけ医   | かかりつけ医   | 病院  |
|--|--|---|
| 2年10ヶ月   | 2年11ヶ月   | 3年  |
| 月 日  | 月 日  | 月 日   |
| <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿 | <input type="checkbox"/> 血液検査<br><input type="checkbox"/> 検尿<br><input type="checkbox"/> レントゲン(胸)<br><input type="checkbox"/> お腹のCT<br>または MRI<br>または エコー |
| <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   |
|  |  |   |
| kg   | kg   | kg  |
|  |  |   |

メモ

# 市立東大阪医療センターの予約外受診、 夜間・休日などの対応のご案内

## 【 予約外受診 】

必要があれば、予約外診療も受け付けています。  
受診の際は、診療受付までお問い合わせください。

電話番号：06-6781-5101 (代表)

## 【 夜間・休日などの対応 】

緊急を要する場合で、休日や夜間等かかりつけ医を受診できないときは、市立東大阪医療センターまでご連絡ください。

電話番号：06-6781-5101 (代表)



メモ







メモ







お名前

\_\_\_\_\_  
さん

かかりつけ医

\_\_\_\_\_  
(電話

—

—

)

市立東大阪医療センター：

電話 06-6781-5101

(代表)