

# 千葉県共用がん地域医療連携パス<肝がん>(診療経過表-1)

平成29年4月 第2.2版

ID		性別	
患者氏名		生年月日 (年齢)	
患者住所			

計画策定 病院名		担当医名	
病院住所		連絡先	
連携医療 機関名		担当医名	
病院住所		連絡先	

## 現病歴(診療情報提供書)

--

千葉県共用がん地域医療連携パス<肝がん>(診療経過表-2)  
平成29年4月 第2.2版

日付	受診病院	病院名	患者の状態	コメント		医師署名
退院 年月日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>		
年月日 術後 カ月日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>		
年月日 術後 カ月日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>		
年月日 術後 カ月日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>		
年月日 術後 カ月日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>		
年月日 術後 カ月日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>		
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>		

# 千葉県共用がん地域医療連携パス<肝がん>(診療経過表-3)

平成29年4月 第2.2版

日付	受診病院	病院名	患者の状態	コメント	医師署名
退院 年 月 日	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>	
年 月 日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>	
年 月 日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>	
年 月 日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>	
年 月 日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>	
年 月 日 術後 カ月目	<input type="checkbox"/> 計画策定病院 <input type="checkbox"/> 連携医療機関		全身状態 その他	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり <small>(左記に記載)</small>	
			画像診断 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施行せず	<input type="checkbox"/> 再発なし <input type="checkbox"/> 再発あり <small>(左記に記載)</small>	