

① 地域連携パス（手帳）の概要

表紙（表）

開始日付： 年 月 日

健康な生活を送るために

肝臓手帳

氏名： _____

肝臓専門病院： _____

かかりつけ医： _____

表紙（裏）

この手帳は、C型肝炎地域連携パスです

- この手帳は、肝臓専門医療機関とかかりつけ医が連携して診療を提供することを目的に作成されました。
- 患者さんは、肝臓専門医療機関やかかりつけ医から伝えられた検査結果や治療内容を記入してください。
- 手帳によって診療情報が共有されますので、安心して肝臓専門医療機関やかかりつけ医の診療を受けることができます。
- 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、診療内容が正確に伝わり、診療に役立ちます。
- なお、肝臓専門医療機関とかかりつけ医の連携をさらに推進するため、患者さんの個人情報を除いて、この手帳の利用状況などを集計し、東京都ウイルス肝炎対策協議会等に報告することがありますので、ご了承ください。

* 患者情報記載用ハガキ

開始日付： 年 月 日

☐ 新規（治療前） ☐ 継続（follow up）

性別	年齢	
かかりつけ医 (患者ID:)	施設・機関名	
専門医 (患者ID:)	施設・機関名	
かかりつけ医 → 専門医に紹介の場合	専門医紹介時の DAA治療状況	☐ DAA治療前 ☐ DAA治療中のSVR ☐ DAA治療後のSVR
専門医 → かかりつけ医に紹介の場合	非専門医への 紹介時の DAA治療状況	☐ DAA治療前 ☐ DAA治療中のSVR ☐ DAA治療後のSVR
	慢性肝炎 → 肝臓病の状態	☐ 慢性肝炎 ☐ 肝臓病あり ☐ 肝臓病なし
	肝臓病の状態	☐ 肝臓病あり ☐ 肝臓病なし

郵便はがき

180-8790

東京都武蔵野市境南町一の二六の一
武蔵野赤十字病院

肝疾患相談センター
地域連携パス事務局 行

〒162-8601 東京都武蔵野市境南町一の二六の一
武蔵野赤十字病院
〒162-8601 東京都武蔵野市境南町一の二六の一

* 専門医記入ページ

* 専門医記入欄

C型肝炎治療歴

☐ インターフェロン
☐ インターフェロンフリー
 (1, 2, 3回以上)

インターフェロン・フリー
治療の現況

治療 ☐ 有 ☐ 無

治療薬 ☐ ダクリンザ+スンベプラ
☐ ハーボニー
☐ ヴィキラックス
☐ エレルサ+グラジナ
☐ ジメンスー
☐ ソバルディ
☐ その他

治療結果
☐ ウイルス排除成功
☐ ウイルス排除不成功

* 専門医記入欄

肝がん発見のための
定期的画像診断

☐ 専門医で施行
☐ かかりつけ医で施行

検査間隔 ☐ 3か月毎
☐ 6か月毎
☐ 1年毎
☐ その他

* 患者情報記載用 フリー記入ページ

年

月日	/	/	/	/	/	/
受診場所	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
診療	検査	検査	検査	検査	検査	検査
検査項目	採血	採血	採血	採血	採血	採血
備考						
申し込み						

ご自分の健康を保つために、確認しておきましょう

AST(GOT)						
ALT(GPT)						
総ビリルビン						
アルブミン						
ヘモグロビン						
血小板						
AFP						
PIVKA-2						
HCV RNA						

年

月日	/	/	/	/	/	/
受診場所	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
診療	検査	検査	検査	検査	検査	検査
検査項目	採血	採血	採血	採血	採血	採血
備考						
申し込み						

ご自分の健康を保つために、確認しておきましょう

AST(GOT)						
ALT(GPT)						
総ビリルビン						
アルブミン						
ヘモグロビン						
血小板						
AFP						
PIVKA-2						
HCV RNA						

② はがきの記載方法

インターフェロンフリー治療導入前の場合は「新規」、治療中もしくは治療終了後の場合は「継続」へチェックしてください

手帳を患者さんへ配布した日付を記入してください

宛名面は23区→虎の門病院、多摩地区→武蔵野赤十字病院宛てのものが入っています

開始日付： 年 月 日

☐ 新規（治療前） ☐ 継続（follow up）

性別	年齢		
かかりつけ医 （患者ID： ）	施設・機関名		
	担当医師名		
専門医 （患者ID： ）	施設・機関名		
	担当医師名		
かかりつけ医 → 専門医に紹介の場合	専門医紹介時のDAA治療状況	☐ DAA治療前 ☐ DAA治療後のSVR	☐ DAA治療中 ☐ DAA治療後の非SVR
	専門医紹介時の肝臓病の状態	☐ 慢性肝炎 ☐ 肝硬変	☐ 肝臓治療歴あり ☐ 肝臓合併あり ☐ 肝臓なし
専門医 → かかりつけ医に紹介の場合	非専門医への逆紹介時のDAA治療状況	☐ DAA治療前 ☐ DAA治療後のSVR	☐ DAA治療中 ☐ DAA治療後の非SVR
	非専門医への逆紹介時の肝臓病の状態	☐ 慢性肝炎 ☐ 肝硬変	☐ 肝臓治療歴あり ☐ 肝臓合併あり ☐ 肝臓なし

12月（予定）の調査の際に必要となりますので、必ずご記入ください

郵便はがき

1 8 0 - 8 7 9 0

料金受取人払郵便

武蔵野局承認

9034

差出有効期限
平成31年6月
30日まで

肝疾患相談センター
地域連携パス事務局 行

東京都武蔵野市境南町一の二六の一
武蔵野赤十字病院

|||||

* 記入後は個人情報保護シール貼付の上、投函してください

③ 専門医記入ページの記載方法

* 専門医記入欄

C型肝炎治療歴

- ☐ インターフェロン
- ☐ インターフェロンフリー
(1, 2, 3回以上)

インターフェロン・フリー 治療の現況

治療 ☐有 ☐無

- 治療薬
- ☐ ダクルインザ+スンベプラ
 - ☐ ハーボニー
 - ☐ ヴィキラックス
 - ☐ エレルサ+グラジナ
 - ☐ ジメンシー
 - ☐ ソバルディ
 - ☐ その他

治療結果

- ☐ ウイルス排除成功
- ☐ ウイルス排除不成功

複数回治療している場合は、過去に使用した薬剤すべてにチェックを入れ、治療の順番を数字で記載してください

* 専門医記入欄

肝がん発見のための 定期的画像診断

- ☐ 専門医で施行
- ☐ かかりつけ医で施行

- 検査間隔
- ☐ 3か月毎
 - ☐ 6か月毎
 - ☐ 1年毎
 - ☐ その他

* 専門医記入欄は12月（予定）の調査の際に必要となりますので、必ず記入・記録しておいてください

④

患者情報記載欄の記載方法

患者さん・かかりつけ医・専門病院医師のどなたが記載しても結構です。
病診連携および患者さんの自己管理にご活用ください。

_____ 年						
月日	/	/	/	/	/	/
受診場所	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医
診察 検査項目	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像
備考 申し送り						
ご自分の健康を保つために、確認しておきましょう						
AST(GOT)						
ALT(GPT)						
総ビリルビン						
アルブミン						
ヘモグロビン						
血小板						
AFP						
PIVKA-2						
HCV RNA						

_____ 年						
月日	/	/	/	/	/	/
受診場所	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医	かかりつけ医 専門医
診察 検査項目	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像	診察 採血 画像
備考 申し送り						
ご自分の健康を保つために、確認しておきましょう						
AST(GOT)						
ALT(GPT)						
総ビリルビン						
アルブミン						
ヘモグロビン						
血小板						
AFP						
PIVKA-2						
HCV RNA						

※ 裏表紙内側のメモページは患者さん用です。ご自由にお使いください。