

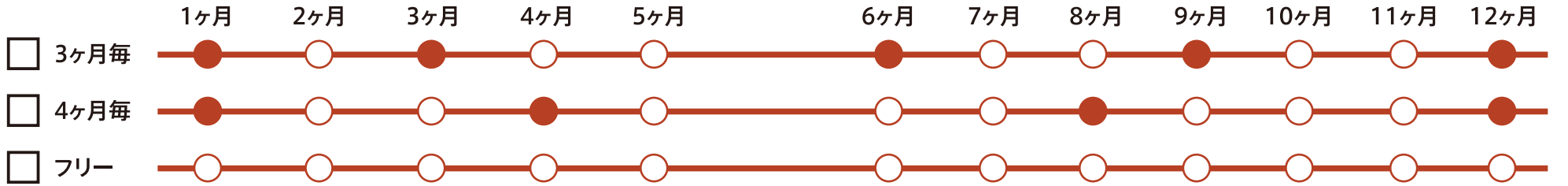
# 診療予定表

**1** 年目

名 前： \_\_\_\_\_

治療病院ID： \_\_\_\_\_

- 治療病院(変更可)
- かかりつけ医
- チェックしてください



**画 像**

	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT
--	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

**内視鏡**

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

**コメント  
(説明・指導)**

保険薬局との連携のため適宜Cr値を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

書ききれない  
場合は通信欄へ

※以下は、基本的に患者さんご自身でご記入ください。

受診年	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
AFP												
L3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II												
AST												
ALT												
T-Bil												
γ-GTP												
Alb												
血小板												

# 診療予定表

年目

名前：

治療病院ID：

- 治療病院(変更可)
- かかりつけ医
- チェックしてください

	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"/> 3ヶ月毎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="checkbox"/> 4ヶ月毎	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<input type="checkbox"/> フリー	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
画像	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT	<input type="checkbox"/> US MRI CT

## 内視鏡

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

## コメント (説明・指導)

保険薬局との連携のため適宜Cr値を記入してください。  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

※以下は、基本的に患者さんご自身でご記入ください。

	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
受診年	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
AFP											
L3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II											
AST											
ALT											
T-Bil											
γ-GTP											
Alb											
血小板											

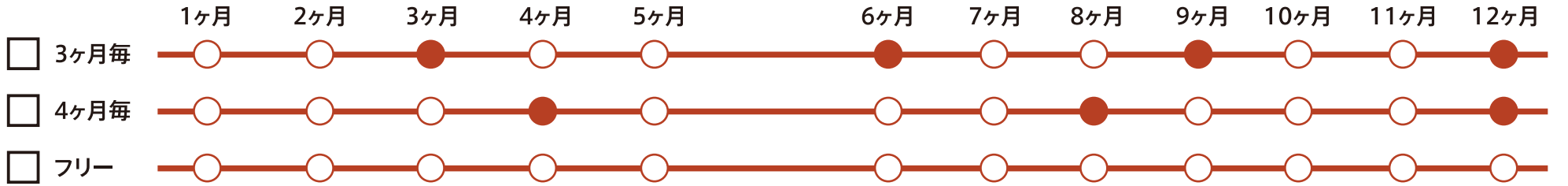
# 診療予定表

年目

名前: \_\_\_\_\_

治療病院ID: \_\_\_\_\_

- 治療病院(変更可)
- かかりつけ医
- チェックしてください



**画像**

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

**内視鏡**

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

**コメント (説明・指導)**

保険薬局との連携のため適宜Cr値を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※以下は、基本的に患者さんご自身でご記入ください。

	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
受診年	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
AFP											
L3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II											
AST											
ALT											
T-Bil											
γ-GTP											
Alb											
血小板											

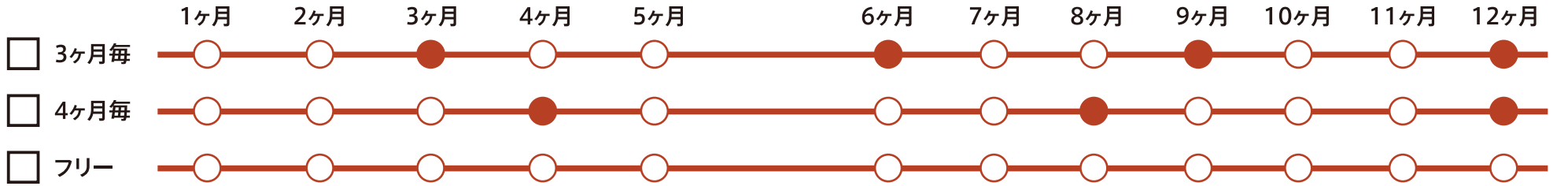
# 診療予定表

年目

名前：

治療病院ID：

- 治療病院(変更可)
- かかりつけ医
- チェックしてください



**画像**  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

**内視鏡**

**コメント (説明・指導)** 保険薬局との連携のため適宜Cr値を記入してください。  
 .....  
 .....  
 書ききれない場合は通信欄へ  
 .....  
 .....

※以下は、基本的に患者さんご自身でご記入ください。

	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
受診年	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
AFP											
L3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II											
AST											
ALT											
T-Bil											
γ-GTP											
Alb											
血小板											

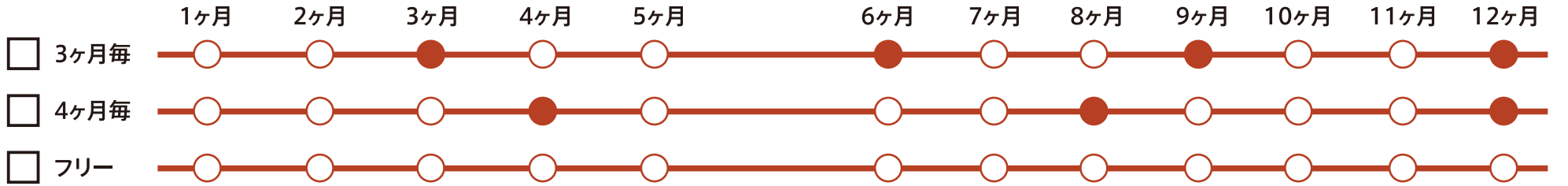
# 診療予定表

年目

名前：

治療病院ID：

- 治療病院(変更可)
- かかりつけ医
- チェックしてください



**画像**

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

**内視鏡**

**コメント (説明・指導)**

保険薬局との連携のため適宜Cr値を記入してください。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※以下は、基本的に患者さんご自身でご記入ください。

	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
受診年	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
AFP											
L3分画	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
PIVKA-II											
AST											
ALT											
T-Bil											
γ-GTP											
Alb											
血小板											