


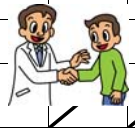

氏名 () 様 (肝臓疾患 地域連携パス)

病院名:尾道市立市民病院
 診療科:内科・外科・()
 主治医:
 連絡先:時間内:0848-47-1155
 時間外(休日・夜間)
 0848-47-0099

達成目標

- ・日常生活を安楽に送る
- ・定期的に受診することができる
- ・異常を自覚し受診することができる

かかりつけ医
 医師名
 連絡先 TEL

月日	退院日～近日中	1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	1年	2年			3年			4年		5年		
	かかりつけ医受診日																
	病院受診日																
診察	紹介状・検査結果・レントゲンをもってかかりつけ医にお渡し下さい 退院日か2～3日中にお渡し下さい。																
検査	血液	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	レントゲン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部エコー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	腹部MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃内視鏡		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
栄養	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/> 体重測定をしましょう																
食事	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 杖																
活動	活動範囲は制限ありません 適度な運動はいいですね 体ならしは一ヶ月を目標にしましょう 長風呂に注意しましょう																
移動																	
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他 ()																
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> その他 ()																
備考	次のような症状があれば、早めにかかりつけ医に相談しましょう。 ・腹痛・腹満を自覚したら受診しましょう ・しろめ(眼球結膜)の部分や皮膚が黄色くなったときは受診しましょう ・便秘に注意しましょう ・ひどく疲れやすい、食欲がないときは受診しましょう																
																	