

肝がん

術後連携パス



磐田市立総合病院
Iwata City Hospital

〒438-8550 静岡県磐田市大久保512番地3

TEL:0538-38-5000(代表)

FAX:0538-38-5050 HP:<https://www.hospital.iwata.shizuoka.jp/>

はじめに

【連携パス】とは、地域のかかりつけ医と磐田市立総合病院の医師が、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、かかりつけ医と磐田市立総合病院の医師が協力して、あなたの治療を行います。

この「連携パス」を活用することで、地域のかかりつけ医と磐田市立総合病院とが協力し、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構築することを目指しています。また、患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮などの負担軽減や、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といったメリットにもつながります。



緊急を要する場合、休日や夜間等かかりつけ医を受診できない場合

磐田市立総合病院 ☎0538-38-5000 (代表) までご連絡 ください。

お伝え下さい

**地域連携パス
患者です。**

あなたの主治医の役割.....	3
退院後の日常生活.....	4
退院後もこれだけは忘れずに.....	6
あなたが手術を受けた日.....	8
肝がん術後連携パス.....	18
メモ.....	19
磐田市立総合病院の 各部署・担当等のご案内.....	20
診療情報提供書.....	22

あなたの主治医の役割

地域のかかりつけ医

肝がんの治療が終了し、磐田市立総合病院を退院された後は、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 か月ごとの肝炎の血液検査
- 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。



磐田市立総合病院

原則として3か月ごとに通院していただき、診察と検査を行います。検査としては、血液検査と腹部エコー検査（または腹部CT、MRI検査）を3か月ごとに受けていただきます。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、入院して治療を行います。また、肝性脳症（意識がおかしくなる）や治療に反応しない大量の腹水が出現した時も入院が必要となります。



退院後の日常生活

退院おめでとうございます！

手術後まだ症状が残っている方もありますが、次第にその症状も回復してきます。特に腹部のきずの痛みは半年～1年ほど続くことがあります。痛みの程度は人によっては違いますが、徐々に軽快していきますのでご安心ください。ご家庭に帰られてからは、以下のことに十分注意して規則正しい生活を送るように心がけて下さい。



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）がある場合や、血液検査でAST (GOT)、ALT (GPT) 値が高い(200以上) 場合には安静が必要です。

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（大豆・豆腐など）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

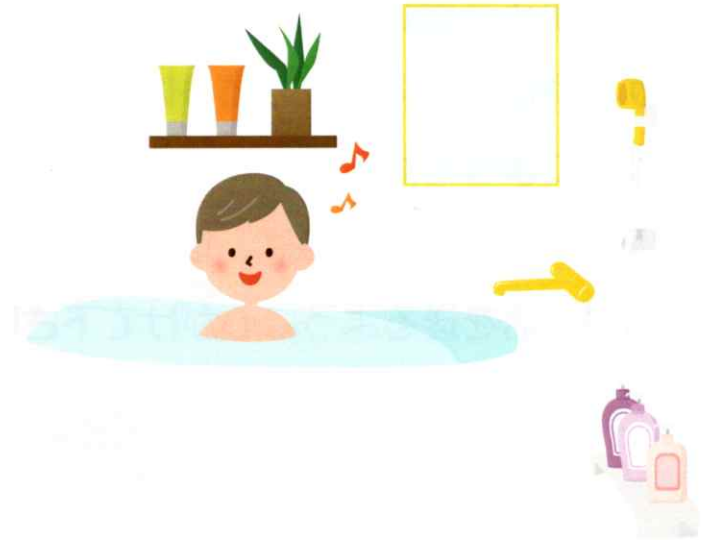


基本的に肝臓が悪い人は飲酒できません。

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。



退院後もこれだけは忘れずに！

定期的な診察や検査に行きましょう

手術後 **5 年**を目処に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって違いますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。なお、**定期検査は肝がんを対象としているものです。他の病気をカバーするものではありません。**気になることは、かかりつけ医までご相談下さい。



定期的な診察
や検査を

毎月 1 回、自己検診を続けましょう。

どんな病気でも早期に発見して、早期に治療することが大切です。毎月 1 回、日を決めて、ご自分で症状をチェックしてください。気になるところがあったら、病院主治医又はかかりつけ医に相談してください。



指示された薬は忘れずに服用しましょう

病院で処方された薬のなかでも化学療法剤は手術の治療効果を高めるために必要なものです。

薬を服用するように医師から指示された場合には、指示された通りに忘れずに正しく服用してください。

副作用がある場合には、医師に申し出てください。



悩んでいるのはあなただけではありません

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、ご家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションをよくし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。そして、その多くの方が、病気を克服し、充実した人生を送っていることを忘れないでください。決して自分のからに閉じこもってしまわないように、
明るく、希望を持って前進し、
病気をしてかえって良かったと思われるような建設的な生活を送ってください。

不安や心配なことがある時は患者相談窓口や医師、担当看護師に気軽にご相談下さい。



【あなたが手術を受けた日】

20 年 月 日

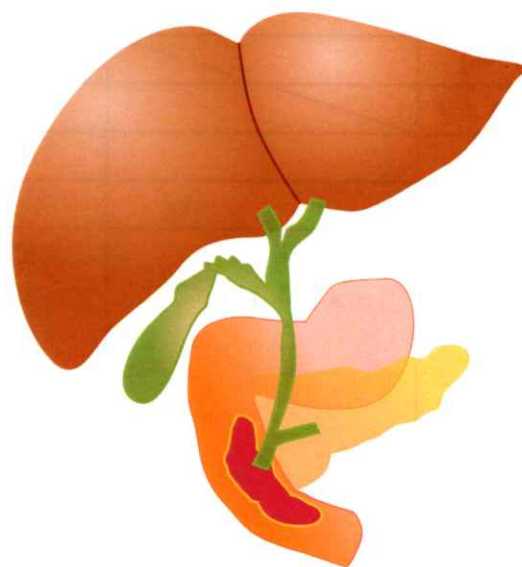
【診断】

【進行度】

Stage : T N M

【術式】

- ☐ 肝葉切除術
- ☐ 肝区域切除術
- ☐ 肝亜区域切除術
- ☐ 肝部分切除術
- ☐ その他
- ☐ 胆嚢摘出術併施



中東遠地域 肝がん連携パス 1 か月～6 か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	1 ～ 2 か月後	3 か月後	4 ～ 5 か月後	6 か月後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体 重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 7 か月～1 年

～かかりつけ医の先生へ～
予約外の受診が必要な場合は、いつでも地域医療連携室に御連絡ください。定期受診に際しましては22頁の診療情報提供書の形式で事前にFAXいただければ、幸いです。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	7 ～ 8 か月後	9 か月後	10 ～ 11 か月後	1 年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 1年1か月～1年6か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病 院	かかりつけ医	病 院
経 過	1 年 1 ～ 2 か 月 後	1 年 3 か 月 後	1 年 4 ～ 5 か 月 後	1 年 6 か 月 後
受 診 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検 査 予 定	☐ 採血 	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血 	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体 重	kg	kg	kg	kg
特 記 事 項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 1年7か月～2年

～かかりつけ医の先生へ～
予約外の受診が必要な場合は、いつでも地域医療連携室に御連絡ください。定期受診に際しましては22頁の診療情報提供書の形式で事前にFAXいただければ、幸いです。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	1年7～8か月後	1年9か月後	1年10～11か月後	2年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してくださ い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 2年1か月～2年6か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	2年1～2か月後	2年3か月後	2年4～5か月後	2年6か月後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 2年7か月～3年

～かかりつけ医の先生へ～
予約外の受診が必要な場合は、いつでも地域医療連携室に御連絡ください。定期受診に際しましては22頁の診療情報提供書の形式で事前にFAXいただければ、幸いです。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	2年7～8か月後	2年9か月後	2年10～11か月後	3年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 3年1か月～3年6か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	3年1～2か月後	3年3か月後	3年4～5か月後	3年6か月後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください い)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 3年7か月～4年

～かかりつけ医の先生へ～
予約外の受診が必要な場合は、いつでも地域医療連携室に御連絡ください。定期受診に際しましては22頁の診療情報提供書の形式で事前にFAXいただければ、幸いです。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	3年7～8か月後	3年9か月後	3年10～11か月後	4年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 4年1か月～4年6か月

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	4年1～2か月後	4年3か月後	4年4～5か月後	4年6か月後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

中東遠地域 肝がん連携パス 4年7か月～5年

～かかりつけ医の先生へ～
予約外の受診が必要な場合は、いつでも地域医療連携室に御連絡ください。定期受診に際しましては22頁の診療情報提供書の形式で事前にFAXいただければ、幸いです。

☐ ご本人記入欄

診療場所	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院
経過	4年7～8か月後	4年9か月後	4年10～11か月後	5年後
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
ご本人の 自覚症状 (ご本人かご 家族が☑を してください)	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()	☐ なし ☐ あり (以下に○をつけてください) 食欲不振・嘔気・便秘 異常・全身倦怠感・ むくみ・腹部膨満感 その他 ()
検査予定	☐ 採血 	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン	☐ 採血 	☐ 採血 ☐ 腹部CTまたは MRIまたはエコー ☐ 胸部レントゲン
AST/ALT /γGT				
T-Bil/ アルブミン				
クレアチニン				
Hb/血小板				
AFP				
PIVKA-II				
PT(%)				
アンモニア				
体重	kg	kg	kg	kg
特記事項	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり	☐ 変化なし ☐ コメントあり

メモ

磐田市立総合病院の各部署・担当等のご案内

がん相談支援センターのご案内

患者さんが安心して療養に専念していただけるように病院内に相談窓口を設けております。がんに関する様々な悩み、不安、心配ごとの相談はがん相談支援センターでお受けしております。

場 所：磐田市立総合病院 東館2階 65番

時 間：月曜日～金曜日
8時15分～16時45分
(休日と年末年始を除く)

電 話 番 号：0538-38-5000 (代表)
0538-38-5286 (直通)

予約方法：電話または窓口でお受けします。「がん相談の予約がしたい」とお伝えください。

相談は電話での相談、対面での相談ができます。

磐田市立総合病院の受診について

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、専門的な治療や定期的な検査は磐田市立総合病院が行います。

ちょっとしたケガや日常の相談は、まずかかりつけ医にご相談ください。必要に応じて磐田市立総合病院を受診してください。

【連携パス受診】

かかりつけ医から「地域連携のための診療情報提供（22 頁）」を、磐田市立総合病院の地域医療連携室にファックスを送付していただき、受診当日は保険証、診察券、「連携パス」を持って受診してください。

【予約外受診】

必要があれば、予約外医療も受け付けています。

かかりつけ医に相談し、地域医療連携室経由で診療予約を取っていただくか、消化器外科外来に電話でご相談ください。

【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、磐田市立総合病院救命救急センターまでご連絡ください。その際には地域連携パス患者であることをお伝えください。

電話番号：0538-38-5000（代表）



科

先生御机下

診療情報提供書(がん診療地域連携パス)

患者氏名 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日

上記患者さんの診療状況を報告をさせていただきます。

連携パス診療状況

- ☐ 著変なし
☐ 以下の変化・特記事項あり

今後ともよろしくお願いいたします。

発信日 20 年 月 日

発信医療機関

がん診療地域連携パス ファックス送付先 0538-38-5549

磐田市立総合病院 地域医療連携室

電話 0538-38-5545

※コピーしてお使いください



お名前

様

かかりつけ医(診療所の名称)

(電話 — —)

磐田市立総合病院 消化器外科

担当医

電話 0538-38-5000(代表)

受付時間 8:30~17:00まで(平日のみ) 休診日 土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)