

列幅→
↓行高

7

21

28

28

28

35	診療場所	〇〇〇〇病院	かかりつけ医	かかりつけ医
23.75	経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月
23.75	月 日	月 日	月 日	月 日
23.75	検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
23.75		<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿
23.75		<input type="checkbox"/> レントゲン(胸)		
23.75		<input type="checkbox"/> お腹のCT		
23.75		または MRI		
23.75		または エコー		
23.75	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	ALT			
23.75	AIB			
23.75	T-Bil			
23.75	PT(%)			
23.75	NH3			
23.75	AFP			
23.75	PIVKA- II			
23.75	RBC			
23.75	Hb			
23.75	Plt			

23.75	BUN				
23.75	Crea				
23.75	体 重		kg	kg	kg
23.75	症状など	むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75		痛み *			
23.75		食欲不振 *			
23.75		不眠 *			
23.75		不安 *			
23.75		気持のつらさ *			
23.75	その他				

10
15
15
15
23.75

*「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持のつらさ」は
0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

35	診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
23.75	経 過	7ヶ月	8ヶ月	9か月
23.75	月 日	月 日	月 日	月 日
23.75	検 査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
23.75		<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿
23.75				<input type="checkbox"/> レントゲン(胸)
23.75				<input type="checkbox"/> お腹のCT
23.75				または MRI

23.75				または エコー
23.75				
23.75	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	ALT			
23.75	AIB			
23.75	T-Bil			
23.75	PT(%)			
23.75	NH3			
23.75	AFP			
23.75	PIVKA- II			
23.75	RBC			
23.75	Hb			
23.75	Plt			
23.75	BUN			
23.75	Crea			
23.75				
23.75	体 重	kg	kg	kg
23.75	むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	痛み *			
23.75	食欲不振 *			
23.75	不眠 *			
23.75	不安 *			

23.75	気持のつらさ *			
23.75	その他			
23.75				
23.75				

10
15
15
15
19.5

*「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさ」は
 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
 3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

35	診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
23.75	経過	1年1ヶ月	1年2ヶ月	1年3ヶ月
23.75	月 日	月 日	月 日	月 日
23.75	検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
23.75		<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿
23.75				<input type="checkbox"/> レントゲン(胸)
23.75				<input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI
23.75				または エコー
23.75	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	ALT			
23.75	AIB			
23.75	T-Bil			
23.75	PT(%)			

23.75	NH3			
23.75	AFP			
23.75	PIVKA- II			
23.75	RBC			
23.75	Hb			
23.75	Plt			
23.75	BUN			
23.75	Crea			
23.75				
23.75	体 重	kg	kg	kg
23.75	症状など	むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75		痛み *		
23.75		食欲不振 *		
23.75		不眠 *		
23.75		不安 *		
23.75	気持のつらさ *			
23.75	その他			
23.75				
23.75				
23.75				

*「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持のつらさ」は
 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
 3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

35	診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
23.75	経 過	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月

23.75	月 日	月 日	月 日	月 日
23.75	検 査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 血液検査
23.75		<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 検尿
23.75				<input type="checkbox"/> レントゲン(胸)
23.75				<input type="checkbox"/> お腹のCT
23.75				または MRI
23.75				または エコー
23.75				
23.75	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	ALT			
23.75	AIB			
23.75	T-Bil			
23.75	PT(%)			
23.75	NH3			
23.75	AFP			
23.75	PIVKA- II			
23.75	RBC			
23.75	Hb			
23.75	Plt			
23.75	BUN			
23.75	Crea			
23.75				

23.75	体 重	kg	kg	kg
23.75	症状など	むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75		痛み *		
23.75		食欲不振 *		
23.75		不眠 *		
23.75		不安 *		
23.75		気持のつらさ *		
23.75	その他			

23.75
10
15
15
15
19.5

*「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさ」は
0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

35
23.75
23.75
23.75
23.75
23.75
23.75
23.75
23.75
23.75

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
経 過	2年1ヶ月	2年2ヶ月	2年3ヶ月
月 日	月 日	月 日	月 日
検 査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内 服 薬			

23.75	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75	ALT			
23.75	AIB			
23.75	T-Bil			
23.75	PT(%)			
23.75	NH3			
23.75	AFP			
23.75	PIVKA- II			
23.75	RBC			
23.75	Hb			
23.75	Plt			
23.75	BUN			
23.75	Crea			
23.75				
23.75	体 重	kg	kg	kg
23.75	症状など	むくみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75		痛み *		
23.75		食欲不振 *		
23.75		不眠 *		
23.75		不安 *		
23.75		気持のつらさ *		
23.75	その他			
23.75				

23.75

10

15

15

15

23.75

35

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

23.75

--	--	--	--

*「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持ちのつらさ」は

0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい

3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

診療場所	かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
経過	2年7ヶ月	2年8ヶ月	2年9ヶ月
月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
注射/点滴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ALT			
AIB			
T-Bil			
PT(%)			
NH3			
AFP			
PIVKA- II			

23.75	RBC			
23.75	Hb			
23.75	Plt			
23.75	BUN			
23.75	Crea			
23.75				
23.75	体 重	kg	kg	kg
23.75	症状など	むくみ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
23.75		痛み *		
23.75		食欲不振 *		
23.75		不眠 *		
23.75		不安 *		
23.75		気持のつらさ *		
23.75	その他			
23.75				
23.75				

10
15 *「症状など」の「痛み」「食欲不振」「不眠」「不安」「気持のつらさ」は
15 0症状ない 1現在の方法で満足 2ひどくないが、方法があるなら教えてほしい
15 3我慢できないことがあり、対応してほしい 4ずっと我慢できない状態が続いている で記載

kg	kg	kg	kg
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。□
また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
10ヶ月	11ヶ月	1年
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。□
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
1年4ヶ月	1年5ヶ月	1年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

kg	kg	kg
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

上記の受診日はおおまかなめやすです。定期受診日以外でも必要があれば診察します。
 また、症状に応じて、適宜血液検査・画像検査・その他の検査などを行います。

かかりつけ医	かかりつけ医	〇〇〇〇病院
2年4ヶ月	2年5ヶ月	2年6ヶ月
月 日	月 日	月 日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> レントゲン(胸) <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー <input type="checkbox"/> 胃内視鏡

