

## NASH・NAFLD地域連携パス【医療者用】(様式4)

医療機関		かかりつけ医療養型施設/病院	急性期病院
スケジュール		定期健診	<input type="checkbox"/> 3カ月後 <input type="checkbox"/> 6カ月後 年   月   日
達成目標		病院の治療方針に従って診察および検査を行い以下の項目を目標とする。 <input type="checkbox"/> 肝機能の悪化がない <input type="checkbox"/> 生活習慣病のコントロールができています	<input type="checkbox"/> 肝機能の悪化がない <input type="checkbox"/> 生活習慣病のコントロールができています <input type="checkbox"/> 肝臓がない <span style="float: right;">▶</span>
診察		<input type="checkbox"/> 自覚症状の確認 (倦怠感・体重変動等) <input type="checkbox"/> 検査データの確認	<input type="checkbox"/> 自覚症状の確認 (倦怠感・便の性状・体重変動等) <input type="checkbox"/> 検査データの確認 <span style="float: right;">▶</span>
検査	検体検査	<input type="checkbox"/> 肝機能検査*1 <input type="checkbox"/> 血液一般*2	<input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> 血液一般 <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー <span style="float: right;">▶</span>
	超音波		<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査(原則6ヶ月に1回) <span style="float: right;">▶</span>
	放射線		<input type="checkbox"/> CT(原則1~2年に1回) <span style="float: right;">▶</span>
	その他		<input type="checkbox"/> 肝生検 <span style="float: right;">▶</span>
治療・処置		<input type="checkbox"/> 生活習慣病治療薬 (アクトス・ARB・脂質改善剤等)	<input type="checkbox"/> 処置: 瀉血(適宜、病院にて) <input type="checkbox"/> 必要に応じて現在の治療薬に対するコメント
指導		<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 生活指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> 生活指導
その他		<input type="checkbox"/> 報告書等の確認 <input type="checkbox"/> 臨床症状・検査で異常所見がある場合は病院へ紹介	<input type="checkbox"/> 報告書等の作成 <input type="checkbox"/> 3ヶ月または6ヶ月後の予約

※この医療連携パス(診療計画表)は、現時点で予想されるものであり、症状に応じて変更になる場合があります。

検体検査: \*1)肝機能:AST、ALT、 $\gamma$ -GTP、Alb、BS、LDL、HDL、TG

\*2)血液一般:WBC、RBC、Hb、Pit