

私のカルテ 肝疾患



お名前

病院名

肝臓は生体における代謝の中心であり、生きるために必要な蛋白質や脂質を作る化学工場です。また、毒素や薬剤を分解して、無害な形にし、胆汁として腸内へ排泄する働きも担っています。肝臓は余力が大きいいため、病気がかなり進行しないと症状があらわれません。「沈黙の臓器」と呼ばれる所以です。症状があらわれないため、病気であることに気がつかないまま、病状が進行してしまうことがあります。

肝臓病の代表的な病気であるウイルス性肝炎は日本の国民病と言われるほど患者数が多く、C型肝炎は200万人、B型肝炎は130万人の患者がいると言われています。さらに、アルコール性肝障害は250万人、非アルコール性脂肪肝疾患は1000万人程度いるのではないかと推定されています。

肝臓病は最終的に肝硬変、肝臓癌へと進行するため、早期の診断と治療が重要です。B型肝炎、C型肝炎に対する抗ウイルス治療は最近、大きく進歩し、完全にウイルスを駆除したり、病気の進行を遅らせることが可能になっています。早期治療の推進のため、平成20年4月1日からB型・C型肝炎の抗ウイルス治療にかかる医療費を助成する肝炎ウイルス治療助成制度が開始され、治療が受けやすくなっています。

この冊子「私のカルテ」は、肝疾患地域連携拠点病院が地域の医師と連携するために活用する地域連携パスと併用して、肝疾患患者さんの健康管理に役立てることを目的としています。抗ウイルス治療やその他の肝疾患治療時に経過を記録することによって、より質の高い外来診療が可能になると考えています。診療経過を記録していただくことで、血液検査の変化をより早期に発見でき、定期的に画像検査や内視鏡検査の予定を立てることができます。ご自身の病気の理解のため、また、かかりつけ医（家族医）と肝疾患専門医（専門医療機関）との診療情報の共有のためにも重要なデータとなります。肝臓病の克服のため、主治医の先生と共にこの「私のカルテ」を活用されることを願っています。

私の記録

記入日： 年 月 日

お名前			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)		
性別：男・女	身長： cm	体重： kg	BMI：
専門医療機関：	担当医：		
かかりつけ医：	担当医：		

○診断されている病気 既往歴	
年 月 日 診断	
年 月 日 診断	
年 月 日 診断	
○慢性肝炎・肝硬変の成因	
肝疾患に伴う合併症	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 食道胃静脈瘤・肝性脳症・腹水・浮腫・その他 ()
肝がん治療歴	<input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 有 手術・肝動脈塞栓術(TACE)・ラジオ波焼灼術(RFA)・肝動注・ネクサバル・その他の分子標的薬 () その他 ()

プロフィール

診 断：			
□B型肝炎	□C型肝炎	□NASH/ NAFLD	□自己免疫
(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)
HBs抗原(+・-) e抗原(+・-) e抗体(+・-) ゲノタイプ() HBV DNA量 () HBs抗原定量() HBコア関連抗原 ()	HCV抗体(+・-) HCV RNA量 () グルーピング(1・2) ジェノタイプ()	身長 体重 BMI ALT	抗核抗体(ANA) () 抗平滑筋抗体(SMA) () 抗ミトコンドリア抗体 () M2抗体 ()
肝生検 (A F : 20 年 月)			
輸血歴(+・-)()			
飲酒歴(+・-)()			
喫煙歴(+・-)()			
家族歴(+・-)()			
薬剤アレルギー(+・-)()			
その他：			
【肝疾患の病歴、治療歴など】			

療養記録（初回）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（1ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（2ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（3ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（4ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（5ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（6ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（7ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（8ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（9ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（10ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（11ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。
AST (GOT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[] <input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[] <input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[] <input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[] <input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[] <input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[] <input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[] <input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[] <input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
	<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

療養記録（12ヶ月）

通院日： 年 月 日

体重 (Kg)	[]Kg
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
浮腫・腹水	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
こむら返り	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
便秘	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

処方されているお薬	服薬状況
<input type="checkbox"/> ウルソ/ <input type="checkbox"/> リーバクト/ <input type="checkbox"/> ヘバンED / <input type="checkbox"/> アミノレバン	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
<input type="checkbox"/> ラシックス/ <input type="checkbox"/> アルダクトン/ <input type="checkbox"/> サ ムスカ	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない
その他のお薬	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 半量 <input type="checkbox"/> 飲んでいない

*お薬手帳をお持ちの方は、上記の記入は不要です。

検査	* <input type="checkbox"/> にチェックがあるものは肝機能に異常がある可能性を示します。	
AST (GOT)	[]	<input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
ALT (GPT)	[]	<input type="checkbox"/> 50 IU/L 以上
T.Bil (総ビリルビン)	[]	<input type="checkbox"/> 2 mg/dL 以上
Alb (アルブミン)	[]	<input type="checkbox"/> 3.5 g/dL 以下
血小板	[]	<input type="checkbox"/> 10 万/mm ³ 以下
PT (%)	[]	<input type="checkbox"/> 70%以下
NH ₃ (アンモニア)	[]	<input type="checkbox"/> 70 μg/dL 以上
AFP	[]	<input type="checkbox"/> 10 ng/dL 以上
PIVKA - II	[]	<input type="checkbox"/> 40 mAU/mL 以上
		<input type="checkbox"/> 全て問題なし

超音波検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
CT/MRI	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
内視鏡検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療
治療メモ（その他の症状、治療および検査結果など）		

B型肝炎治療ガイドライン 2014 年度改訂（抜粋）

治療開始基準			
慢性肝炎	HBe 抗原陽性	HBV DNA(log copies/mL) 4 以上	ALT ≥ 31 IU/L
	HBe 抗原陰性	HBV DNA(log copies/mL) 4 以上	ALT ≥ 31 IU/L
肝硬変		HBV DNA(log copies/mL) 2.1 以上	ALT 条件なし

主な治療方法	
インターフェロン治療	インターフェロンα・β治療, ペグインターフェロン
核酸アナログ製剤治療	ラミブジン, アデフォビル, エンテカビル, テノホビル

*注：上記はガイドラインの抜粋であり、治療法の詳細は、担当医にお尋ねください。

B型肝炎治療ガイドライン

https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/hepatitis_b
日本肝臓学会のホームページで、一般の方もみることができます。

C型肝炎治療ガイドライン（抜粋）

C型肝炎に対する抗ウイルス療法

治療適用基準	治療対象
ALT 値>30 IU/L 上昇、あるいは 血小板数 (PLT) <15 万/ μ L 低下	原則全例が治療対象
ALT 値 \leq 30 IU/L、 かつ PLT \geq 15 万/ μ L	肝発癌リスクが低いことを考慮して適応を検討 但し、高齢者では ALT 30 IU/L \leq 以内かつ PLT \geq 15 万/ μ L でも発癌リスクは低くはないことに留意すべき

主な治療方法

インターフェロンフリー治療	経口2剤：ダクラタシル+アスナプレビル（1型） 経口2剤：ソフォスビル+リバビリン（2型）
3剤併用治療	pegインターフェロン+リバビリン+シメプレビル pegインターフェロン+リバビリン+パニプレビル
インターフェロン治療	pegインターフェロン(+リバビリン)

治療方略 C型肝炎における発癌リスクを考慮

高発癌リスク群 (高齢かつ線維化進展例)	治療への認容性を考慮しつつ、可及的速やかに抗ウイルス療法を導入
-------------------------	---------------------------------

*注：上記はガイドラインの抜粋であり、治療法の詳細は、担当医にお尋ねください。

C型肝炎治療ガイドライン

https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/hepatitis_c
日本肝臓学会のホームページで、一般の方もみることができます。

NASH/NAFLD 治療ガイドライン

<http://www.jsh.or.jp/doc/guidelines/NASH-2010.pdf>
日本肝臓学会のホームページで、一般の方もみることができます。
*NASH/NAFLD の治療の詳細は担当医にお尋ねください。

肝臓診療ガイドライン 2013年版

https://www.jsh.or.jp/medical/guidelines/jsh_guidelines/examination_jp
日本肝臓学会のホームページで、一般の方もみることができます。
*肝臓の治療の詳細は担当医にお尋ねください。

肝障害度

肝臓の元気を採点する方法のひとつに、チャイルド・ピュースコアがあります。
5点が最も良好で、15点が最も悪い肝機能障害を表します。

<チャイルド・ピュー (Child-Pugh) スコア>

検査項目	得点1	2	3
血清ビリルビン値 mg/dL	2未満	2~3未満	3以上
血清アルブミン値 g/dL	3.5未満	2.8~3.5	2.8未満
腹水	なし	少量、薬でよくなる	中等量、薬でよくなる
肝性脳症	なし	軽度、薬でよくなる	時々意識がもうろうとなる
プロトロンビン活性 PT%	70%より高い	40~70%	40%未満
5 ~ 6 点：グレード A ⇒ 軽度の肝機能障害（代償性肝硬変）			
7 ~ 9 点：グレード B ⇒ 中度の肝機能障害			
10 ~ 15 点：グレード C ⇒ 重度の肝機能障害（非代償性肝硬変）			

医療費助成制度など

肝臓病にかかったときの費用について

保険診療が行われます。詳しい費用内容については各診療機関にお問い合わせください。自己負担額が高額になった場合は**高額療養費制度**があります。健康保険に事前申請すると窓口での支払いを自己負担額にとどめることも可能です。

公的医療費助成制度について

次の各疾患について、負担軽減のための医療費助成制度があります。各地方自治体（市町村役所）に申請が必要となります。お住まいの各自治体にお問い合わせください。

B型肝炎・C型肝炎治療医療費助成制度

難病医療費等助成制度

劇症肝炎

自己免疫性肝炎

原発性胆汁性肝硬変

原発性硬化性胆管炎

神奈川県 特定医療費（指定難病）医療費給付制度

<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f531594/>

介護保険の申請について

40歳から介護保険の申請ができます（各市町村での通常の介護保険申請となります）
例）進行した肝臓がん

身体障害者手帳の交付対象

次の方は身体障害者手帳（肝障害）の交付対象になる場合があります。

◇進行した肝硬変

医療費助成に関する相談窓口

上記などについて、不安やご不明なことがある方は下記宛にご相談ください。

肝疾患医療センター相談窓口

東海大学医学部付属病院

1階 総合相談室

0463-93-1121（代表）内線：6141～6144

