



もくじ

◆はじめに	02
◆この手帳の使い方	04
◆C型慢性肝炎インターフェロン（IFN）治療 クリティカルパス	05
◆インターフェロンの副作用	06
◆「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」とは	07
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス①～	08

参考資料

◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス IFN治療前チェックシート	26
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス一覧表	28
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス一覧表（記入例）	30
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス（記入例）	32

はじめに

C型慢性肝炎に対するインターフェロン療法

C型肝炎ウイルスを排除するために、インターフェロン (IFN) 治療が行われます。C型肝炎ウイルスの型によって異なりますが、現在約7割～9割の患者さんのウイルスの排除が可能です。

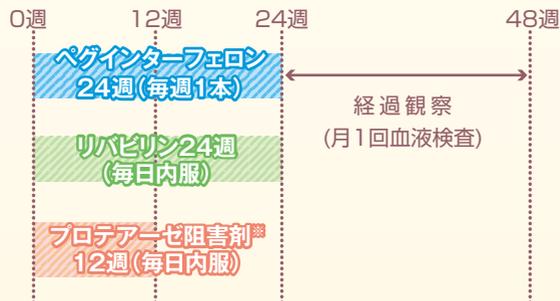
IFN投与方法 (2剤併用療法・48週治療の場合)



IFN投与方法 (2剤併用療法・24週治療の場合)



IFN投与方法 (3剤併用療法)



※プロテアーゼ阻害剤

ウイルスに直接作用し、C型肝炎ウイルスの増殖を抑制する薬剤

- ・テラプレビル
- ・シメプレビル

2剤併用療法を行う場合は、週1回のペグインターフェロンの皮下注射と、毎日1～2回のリバビリン (RBV) の内服を行います。例えば48週間の治療予定の場合は、計48本のペグインターフェロンの注射を行います。また、3剤併用療法を行う場合は、最初の12週間は週1回のペグインターフェロンの皮下注射と、毎日1～2回のRBVの内服及び毎日1～3回のプロテアーゼ阻害剤の内服を行い、残りの12週間 (ただし、シメプレビルの場合は、36週間の場合あり) は、週1回のペグインターフェロンの皮下注射と毎日1～2回のRBVの内服を行います。治療を終了して6ヶ月後 (この2剤併用療法の場合は72週目、3剤併用療法の場合は48週目) の血液検査でC型肝炎ウイルスが陰性なら、C型肝炎ウイルスは完全に排除されたといえます。

一般に

ウイルスの型が1bでウイルス量が多い場合で、

2剤併用療法を行う場合 48週間

3剤併用療法を行う場合 24週間 が治療期間の目安です。

ただし、ウイルスが1bで、2剤併用療法を行う場合、IFN治療開始後のウイルスの減り方が緩徐な場合は、72週までの投与延長が可能です。

ウイルスの型が2a、2bでウイルス量が多い場合、2剤併用療法24週間が治療期間の目安です。ただし、再治療の場合は、48週間の投与が可能です。

IFN治療中にC型肝炎ウイルスが血液検査で陰性化しても、予定の週数よりも早く治療を中断した場合は、高率でウイルスが再出現してきますので、最後まで治療を継続することが重要です。

また、IFN治療はウイルスを完全排除できなくても、肝炎の進展を遅らせたり、発癌を抑える働きがあります。

IFN治療は長期間、肝臓専門医とかかりつけ医が連携して続ける必要があります。

そこでこのような医療連携パスを用いて、両者間でうまく連携をとって、ウイルス排除を目指します。

この手帳の使い方

黄色部分 ⇒ 肝臓専門医が記載

青色部分 ⇒ 肝臓専門医又はかかりつけ医が記載

橙色部分 ⇒ 患者が記載

(1) 患者さんへ

- この手帳は、患者さんの診療記録として患者さんに所持していただき、インターフェロン治療を行うにあたって、肝臓専門医、かかりつけ医が連携して、患者さんにとって最善の治療を行うための情報共有に利用されます。
- 診察の際は忘れず携帯してください。
- ①自分の状態などについて、患者記入欄（副作用）に書き留めてください。（記入が難しいところは、医師や看護師に記入してもらいましょう。）
- ②気になることや疑問・質問があれば、メモ欄に書き留め、医師などに尋ねるようにしましょう。

(2) 先生方へ

- ①肝臓専門医の方は、クリティカルパスの専門医記入欄（下段）の『減量基準値等』を記入してください。減量・中止基準値が変更になった場合は、もう一つの記入欄を使用してください。
- ②診察時は、医師記入欄（上段）の血液検査結果記入欄に、記入してください。（かかりつけ医、肝臓専門医とも）
記載方法：当日の血液検査値と『減量・中止基準値』を比較して
 減量基準を上回り、継続可能 ⇒○
 減量基準を下回り、減量が必要⇒▲
 中止基準を下回り、休薬が必要⇒×と記載してください。
 又は実際の検査値を書き留めていただいても構いません。
- ③かかりつけ医の方は、当日の検査値が減量基準値、中止基準値を下回った場合は、肝臓専門医に連絡してください。

◆30ページから記載例を掲載しています。

C型慢性肝炎インターフェロン (IFN)

治療クリティカルパス

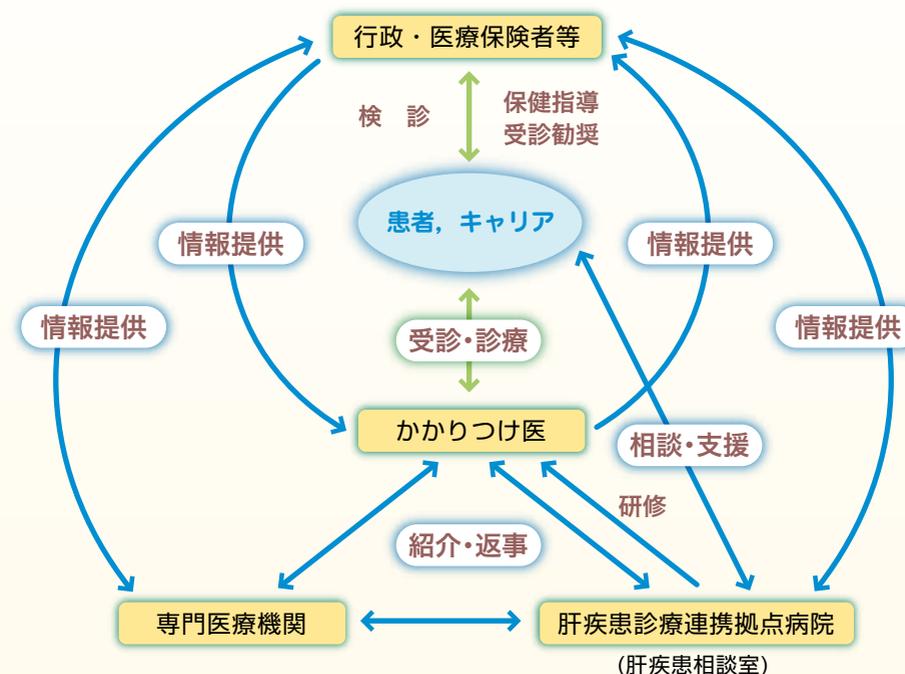
医療機関	かかりつけ医	肝臓専門医療機関	
診察日	週1回	月1回 (最初の2~3ヶ月は専門医と相談の上決定)	
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ◆C型肝炎ウイルスの排除 (IFN治療終了後6ヶ月でのHCV RNA陰性化) ◆肝炎、肝硬変の進展阻止 (ALT [GPT] を30IU/L以下に維持) ◆重篤な血球減少の予防、早期発見 (白血球、赤血球、血小板減少の予防) ◆IFN/リバビリン/プロテアーゼ阻害剤投与による重篤な副作用の早期発見とその治療 ◆肝細胞がんの早期発見 		
検 査	血液検査	末梢血液検査 (白血球、赤血球、血小板など)	末梢血液検査 (白血球、赤血球、血小板など) 肝機能検査 (AST [GOT], ALT [GPT], 総ビリルビンなど) C型肝炎ウイルス量検査、 肝がん腫瘍マーカーなど
	画像診断		腹部超音波 (エコー) 検査 腹部CT 検査など
治 療	注 射	末梢血液検査の結果を踏まえて、IFN投与量を確認し、IFNを投与します。	上記検査の結果を踏まえて、IFN投与量を決定し、IFNを投与します。また治療継続の可否、治療期間の決定を行います。
	内服薬	末梢血液検査の結果を踏まえて、リバビリン内服量を確認します。	上記検査の結果を踏まえて、リバビリン内服量を決定し、処方します。

インターフェロンの副作用

発現時期	しばしば発症する副作用	特に注意が必要な副作用
治療開始直後 (1週間以内)	インフルエンザ様症状 (発熱, 頭痛, 全身倦怠感, 関節痛, 筋肉痛) 食欲不振, 吐き気 かゆみ, 発疹	
治療開始早期 (2週~12週)	全身倦怠感 食欲不振 不眠 不安, いらいら感	抑うつ状態, 間質性肺炎 (空咳, 息切れ, 呼吸困難) 糖尿病悪化
治療中期以降 (3ヶ月以降)	脱毛	甲状腺機能異常 (動悸, 発汗, むくみ, 息切れ) 脳出血 眼底出血
治療期間中 常時		白血球減少, 血小板減少 貧血

「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」とは

肝炎ウイルス検査から治療までの各段階で、かかりつけ医と専門医療機関が相互に連携し、切れ目のない治療を行う、広島県の診療連携体制です。



◆広島県肝疾患診療支援ネットワークに参加する医療機関

◆肝炎治療費助成制度について

広島県のホームページから御覧いただけます。

トップページ▶健康・福祉▶健康・医療▶感染症・難病・肝炎

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/59/kanenjosei.html>

肝疾患について、患者やキャリア、家族の方などの不安や疑問にお応えしています。

◆肝疾患診療連携拠点病院の肝疾患相談室

広島大学病院 ☎ 082-257-1541 (専用)

福山市民病院 ☎ 084-941-5151 (内線 3146)

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス①

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		治療前	初回投与時	1 週目	2 週目	3 週目	4 週目	5 週目	6 週目	7 週目	8 週目	9 週目	10 週目	11 週目	12 週目		
		受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診															
		かかりつけ医受診															
	採血日	○をする															
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は× それぞれ各欄 に記入(数値 記入も可)														
		好中球数															
		ヘモグロビン															
		血小板数															
		ALT (IU/l)															
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入																
	IFN 投与量	ペグイントロン/ ペガシス/フェロン	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	
RBV 投与量	レベトール/ コペガス	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日		
投与量		/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日		
諸検査	腹部エコー 眼科受診など																
その他所見等																	
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		食欲低下	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		動悸・息切れ	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		うつ症状(不眠, 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		その他の症状 (具体的に)															

専門医記入欄	減量基準設定日①			中止基準設定日①			減量基準設定日②			中止基準設定日②					
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日			
減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV		減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV	
白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³
好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl
血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³
減量幅	μg	mg/日	mg/日					減量幅	μg	mg/日	mg/日				

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス②

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		13 週目	14 週目	15 週目	16 週目	17 週目	18 週目	19 週目	20 週目	21 週目	22 週目	23 週目	24 週目		
受診日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診													
		かかりつけ医受診													
	採血日	○をす													
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は×												
		好中球数	それぞれ各欄に 記入(数値記入も可)												
		ヘモグロビン													
		血小板数													
		ALT (IU/l)													
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入														
IFN 投与量	ペグイントロン/ ペガシス/フェロン	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU		
RBV 投与量	レボテール/ コペガス	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日		
投与量		/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日		
諸検査	腹部エコー 眼科受診など														
その他所見等															
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		食欲低下	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		動悸・息切れ	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		うつ症状(不眠, 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		その他の症状 (具体的に)													

専門医記入欄	減量基準設定日①			中止基準設定日①			減量基準設定日②			中止基準設定日②				
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日		
減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV		減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV
白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³
好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl
血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³
減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス③

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		25 週目	26 週目	27 週目	28 週目	29 週目	30 週目	31 週目	32 週目	33 週目	34 週目	35 週目	36 週目		
受診日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診													
	かかりつけ医受診														
	採血日	○をす													
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は×												
		好中球数	それぞれ各欄に 記入(数値記入も可)												
		ヘモグロビン													
		血小板数													
		ALT (IU/l)													
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入														
IFN 投与量	ペグイントロン / ペガシス / フェロン	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU		
RBV 投与量	レボトーール / コペガス	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日		
投与量		/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日		
諸検査	腹部エコー 眼科受診など														
	その他所見等														
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		食欲低下	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		動悸・息切れ	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		うつ症状(不眠、 気分の落ち込みなど)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		その他の症状 (具体的に)													

専門医記入欄	減量基準設定日①			中止基準設定日①			減量基準設定日②			中止基準設定日②				
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日		
減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV		減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV
白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³
好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl
血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³
減量幅	μg	mg/日	mg/日					減量幅	μg	mg/日	mg/日			

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス④

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		37 週目	38 週目	39 週目	40 週目	41 週目	42 週目	43 週目	44 週目	45 週目	46 週目	47 週目	48 週目		
受診日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診													
		かかりつけ医受診													
	採血日	○をす													
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は×												
		好中球数	それぞれ各欄に 記入(数値記入も可)												
		ヘモグロビン													
		血小板数													
		ALT (IU/l)													
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入														
IFN 投与量	ペグイントロン/ ペガシス/フェロン	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU		
RBV 投与量	レボテール/ コペガス	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日		
投与量		/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日		
諸検査	腹部エコー 眼科受診など														
その他所見等															
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		食欲低下	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		動悸・息切れ	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		うつ症状(不眠、 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		その他の症状 (具体的に)													

専門医記入欄	減量基準設定日①			中止基準設定日①			減量基準設定日②			中止基準設定日②				
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日		
減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV		減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV
白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³
好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl
血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³
減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス⑤

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		49 週目	50 週目	51 週目	52 週目	53 週目	54 週目	55 週目	56 週目	57 週目	58 週目	59 週目	60 週目		
受診日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診													
		かかりつけ医受診													
	採血日	○をす													
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は×												
		好中球数	それぞれ各欄に 記入(数値記入も可)												
		ヘモグロビン													
		血小板数													
		ALT (IU/l)													
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入														
IFN 投与量	ペグイントロン/ ペガシス/フェロン	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU		
RBV 投与量	レベトール/ コペガス	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日		
投与量		/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日		
諸検査	腹部エコー 眼科受診など														
その他所見等															
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		食欲低下	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		動悸・息切れ	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		うつ症状(不眠, 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		その他の症状 (具体的に)													

専門医記入欄	減量基準設定日①			中止基準設定日①			減量基準設定日②			中止基準設定日②				
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日		
減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV		減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV
白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³
好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl
血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³
減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス⑥

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		61 週目	62 週目	63 週目	64 週目	65 週目	66 週目	67 週目	68 週目	69 週目	70 週目	71 週目	72 週目		
受診日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診													
	採血日	○をす													
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は×												
		好中球数	それぞれ各欄に 記入(数値記入も可)												
		ヘモグロビン													
		血小板数													
		ALT (IU/l)													
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入														
IFN 投与量	ペグイントロン/ ペガシス/フェロン	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU		
RBV 投与量	レベトール/ コペガス	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日		
投与量		/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日		
諸検査	腹部エコー 眼科受診など														
その他所見等															
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
		食欲低下	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		動悸・息切れ	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		うつ症状(不眠、 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		その他の症状 (具体的に)													

専門医記入欄	減量基準設定日①			中止基準設定日①			減量基準設定日②			中止基準設定日②				
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日		
減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV		減量基準	IFN	RBV		中止基準	IFN	RBV
白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	白血球数	/mm ³	/mm ³
好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球数	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	ヘモグロビン	g/dl	g/dl
血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血小板数	/mm ³	/mm ³
減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日	mg/日	減量幅	μg	mg/日

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス⑦

緊急連絡先

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

		終了1ヶ月後	終了2ヶ月後	終了3ヶ月後	終了4ヶ月後	終了5ヶ月後	終了6ヶ月後		
受診日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診							
		かかりつけ医受診							
	採血日	○をする							
医師記入欄	血液検査結果	白血球数							
		好中球数							
		ヘモグロビン							
		血小板数							
ALT (IU/l)									
		HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入							
	諸検査	腹部エコー 眼科受診など							
		その他所見等							
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧 mmHg	/	/	/	/	/	/	
		食欲低下	無し/少し /強い						
		動悸・息切れ	無し/少し /強い						
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い						
		うつ症状(不眠、 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い						
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い						
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い						
		その他の症状 (具体的に)							
専門医記入欄									

memo

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス⑧

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

専門医記入欄	受診(予定)日		終了 後						
	月	日	月	日	月	日	月	日	
診察医	肝臓専門医受診								
	かかりつけ医受診								
	採血日		○をする						
医師記入欄	血液検査結果	白血球数							
		好中球数							
		ヘモグロビン							
		血小板数							
		ALT (IU/l)							
諸検査	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入								
	画像検査(腹部エコー, CT, MRI)など								
その他所見等									
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧	mmHg	/	/	/	/	/	/
		食欲低下	無し/少し /強い						
		動悸・息切れ	無し/少し /強い						
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い						
		うつ症状(不眠, 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い						
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い						
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い						
		その他の症状 (具体的に)							
専門医記入欄									

memo

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス⑨

緊急連絡先

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別 男・女	年齢 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-----------------	----	-----------	---------	--------------------------------------

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医		
かかりつけ医		

		終了 後	終了 後	終了 後	終了 後	終了 後	終了 後	終了 後	
受診 (予定) 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診							
		かかりつけ医受診							
	採血日	○をする							
医師記入欄	血液検査結果	白血球数							
		好中球数							
		ヘモグロビン							
		血小板数							
		ALT (IU/l)							
諸検査	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入								
	画像検査(腹部エコー, CT, MRI)など								
その他所見等									
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	
		血圧 mmHg	/	/	/	/	/	/	/
		食欲低下	無し/少し /強い						
		動悸・息切れ	無し/少し /強い						
		呼吸器症状 (咳, 胸痛など)	無し/少し /強い						
		うつ症状(不眠, 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い						
		皮膚症状 (かゆみ, 発疹など)	無し/少し /強い						
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い						
		その他の症状 (具体的に)							
専門医記入欄									

memo

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス

IFN 治療前チェックシート

患者ID	氏名	性別	男	女	
生年月日	年 月 日	身長	cm	体重	kg
住所	電話番号① ②				
肝生検	F/A	genotype 1b/ 2a/ 2b	HCV-RNA		
(年 月 日)	/その他()		(LogIU/ml)		
かかりつけ病院名		担当医師名			
連絡先電話番号					
専門医療機関名		担当医師名			
連絡先電話番号					
助成書類確認	助成申請診断書作成(未・済)				
	助成受給者証確認(未・済)				

■血液データ

白血球数	/mm ³	クレアチニン	mg/dl	T.Chol	mg/dl
好中球数	/mm ³	ヒアルロン酸	ng/ml	TG	mg/dl
ヘモグロビン	g/dl	血清鉄	μg/dl	HDL-C	mg/dl
血小板数	/mm ³	フェリチン	ng/ml	LDL-C	mg/dl
AST	IU/L	free T3	ng/dl	空腹時血糖	mg/dl
ALT	IU/L	free T4	pg/ml	(FBS)	
総ビリルビン	mg/dl	TSH	μU/ml	HbA1c	%
PT活性度	%	AFP	ng/dl	抗核抗体	倍
アルブミン	g/dl			抗ミトコンドリア抗体(M2)	index
血清アンモニア値					
腹水	なし/あり				
食道胃静脈瘤	なし/あり	自己免疫疾患の合併	なし/あり()		

胸部レントゲン写真 (年 月 日)	異常なし/異常あり (所見)
心電図 (年 月 日)	異常なし/異常あり (所見)
IFN治療前眼科受診 (年 月 日)	異常なし/異常あり (所見)
心疾患の既往歴 (年 月 日)	なし/あり (病名)
呼吸器疾患の既往歴 (年 月 日)	なし/あり (病名)
眼疾患の既往歴 (年 月 日)	なし/あり (病名)
精神疾患の既往歴 (年 月 日)	なし/あり (病名)

最新の画像診断	所見	肝がんの有無	あり/なし
腹部エコー	年 月 日	今後の画像診断の予定	
CT	年 月 日	__ヶ月に1度エコー	__ヶ月に1度CT

以上よりインターフェロン(+)リバビリン併用+()療法 の導入は可能である。	承認/未承認
年 月 日	医師名

予定されるインターフェロン治療の内容

ペグイントロン/ペガシス	μg/週
レベトール/コペガス	mg/日
	mg/日
治療予定期間	週間

IFN治療前の内服薬	IFN開始後継続の有無
①	継続/中止
②	継続/中止
③	継続/中止
④	継続/中止
⑤	継続/中止
⑥	継続/中止
⑦	継続/中止
⑧	継続/中止
⑨	継続/中止

IFN治療前の注射薬	IFN開始後継続の有無
①	継続/中止
②	継続/中止
③	継続/中止

IFN治療歴	(あり/なし)
治療回数	回
直近の治療開始年	年
治療期間	週間
使用したIFNの種類	①PegIFNα-2b+RBV ②PegIFNα-2a+RBV ③PegIFNα-2a単独 ④IFNα-2b+RBV ⑤IFNα単独 ⑥IFNβ単独 ⑦その他()
治療効果	一時的にHCV消失/一度もHCV消失せず
以前のIFN治療での重篤な副作用	あり/なし (病名)

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス①

記入例

緊急連絡先

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医 広島大学病院	大学一郎	082-xxx-xxxx
かかりつけ医		

患者 ID (専門医療機関用) 91-11111-1	氏名 広島 一郎	性別 男 / 女	年齢 64 才	genotype 1b / 2a / 2b / その他()
-------------------------------	-------------	-------------	------------	-----------------------------------

専門医記入欄		治療前	初回投与時	1 週目	2 週目	3 週目	4 週目	5 週目	6 週目	7 週目	8 週目	9 週目	10 週目	11 週目	12 週目	
		受診日	3 月 24 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
診察医	肝臓専門医受診	○	○	○			○									
	かかりつけ医受診				○	○										
採血日	○をする	○	○	○	○	○	○									
医師記入欄	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は× それぞれ各欄 に記入(数値 記入も可)													
		好中球数														
		ヘモグロビン														
		血小板数														
		ALT (IU/l)														
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入		7.1													
	IFN 投与量	ベグイントロン / ペガシス / フェロン	100 μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU
RBV 投与量	レベトール / コペガス	4 錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	錠 / 日	
投与量		/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	/ 日	
諸検査	腹部エコー 眼科受診など															
その他所見等																
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	36 度 5 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	70 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
		血圧	mmHg	/	128 / 70	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
		食欲低下	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		動悸・息切れ	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		うつ症状(不眠、 気分の落ち込みなど)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い	無し / 少し / 強い
		その他の症状 (具体的に)														

専門医記入欄	減量基準設定日① 2011 年 3 月 24 日			中止基準設定日① 2011 年 3 月 24 日			減量基準設定日② 年 月 日			中止基準設定日② 年 月 日		
	IFN	RBV		IFN	RBV		IFN	RBV		IFN	RBV	
減量基準	IFN	RBV		IFN	RBV		IFN	RBV		IFN	RBV	
白血球数	1500 /mm ³	/mm ³	/mm ³	1000 /mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³
好中球数	750 /mm ³	/mm ³	/mm ³	500 /mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	10.0 g/dl	g/dl	g/dl	7.5 g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
血小板数	75000 /mm ³	/mm ³	/mm ³	50000 /mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³
減量幅	20 μg	200 mg/日	mg/日				μg	mg/日	mg/日			

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

C型慢性肝炎 IFN 治療 クリティカルパス②

記入例

緊急連絡先

医療機関名	医師名	電話番号
肝臓専門医 広島大学病院	大学一郎	082-xxx-xxxx
かかりつけ医		

患者 ID (専門医療機関用)	氏名	性別	年齢	genotype
91-11111-1	広島 一郎	男	64 才	1b / 2a / 2b / その他()

		治療前	初回投与時	1 週目	2 週目	3 週目	4 週目	5 週目	6 週目	7 週目	8 週目	9 週目	10 週目	11 週目	12 週目	
受診日			3 月 24 日	3 月 31 日	4 月 7 日	4 月 14 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
専門医記入欄	診察医	肝臓専門医受診	○	○	○		○									
		かかりつけ医受診				○	○									
医師記入欄	採血日	○をする	○	○	○	○	○									
	血液検査結果	白血球数	継続可能は○ 減量基準は▲ 中止基準は×	○	○	○	○	○								
		好中球数	それぞれ各欄 に記入(数値 記入も可)	○	○	○	○	○								
		ヘモグロビン		○	○	○	○	○								
		血小板数		○	○	○	▲									
		ALT (IU/l)														
	HCV-RNA(LogIU/ml) 数値を記入		7.1													
	IFN 投与量	ベグイントロン/ ペガシス/フェロン	100 μg MIU	100 μg MIU	100 μg MIU	80 μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU	μg MIU
	RBV 投与量	レバトール/ コペガス	4 錠/日	4 錠/日	4 錠/日	4 錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日	錠/日
	投与量		/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日	/日
諸検査	腹部エコー 眼科受診など															
その他所見等																
患者記入欄	体調・自覚症状(患者さん自身で記入してください)	体温	度 分	36 度 5 分	36 度 8 分	36 度 4 分	36 度 5 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	度 分	
		体重	kg	70 kg	69.8 kg	69.5 kg	69.2 kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
		血圧	mmHg	/	128 / 70	126 / 80	126 / 76	124 / 72	/	/	/	/	/	/	/	/
		食欲低下	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		動悸・息切れ	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		呼吸器症状 (咳、胸痛など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		うつ症状(不眠、 気分の落ち込みなど)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		皮膚症状 (かゆみ、発疹など)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		眼症状 (目が見えにくい)	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い	無し/少し /強い
		その他の症状 (具体的に)														

専門医記入欄	減量基準設定日① 2011 年 3 月 24 日			中止基準設定日① 2011 年 3 月 24 日			減量基準設定日② 年 月 日			中止基準設定日② 年 月 日		
	IFN	RBV		IFN	RBV		IFN	RBV		IFN	RBV	
白血球数	1500 /mm ³	/mm ³	/mm ³	1000 /mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³
好中球数	750 /mm ³	/mm ³	/mm ³	500 /mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³
ヘモグロビン	g/dl	10.0 g/dl	g/dl	g/dl	7.5 g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl
血小板数	75000 /mm ³	/mm ³	/mm ³	50000 /mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³
減量幅	20 μg	200 mg/日	mg/日				μg	mg/日	mg/日			

かかりつけ医受診時に減量基準,中止基準を 下回った場合は専門医までご連絡ください。

memo

肝疾患について、患者やキャリア、家族の方などの不安や疑問にお応えしています。

◆肝疾患診療連携拠点病院の肝疾患相談室

広島大学病院 電話 082-257-1541 (専用)

福山市民病院 電話 084-941-5151 (内線 3146)

この手帳を拾われた方へお願い

この手帳は私にとって大切なものです。
もしどこかに落ちているところを見つけられましたら、
お手数ですが次の連絡先にお知らせください。

名 前：

連絡先：

平成22年10月1日発行
平成23年8月1日発行(第2版)
平成26年3月1日発行(第3版)

広島県地域保健対策協議会 肝疾患医療連携推進専門委員会

〒732-0057 広島市東区二葉の里 3-2-3 広島県医師会事務局
電話：(082) 568-1511