

経過記入欄

基幹病院/手術病院受診日及び画像診断日は○を●に変更下さい

	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血小板					
総ビリルビン					
アルブミン					
PT(%)					
AST/ALT					
Cre					
AFP/PIVKA					
画像診断	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS
所見					
体重 (Kg)					

『その他の検査・受診』

経過記入欄

基幹病院/手術病院受診日及び画像診断日は○を●に変更下さい

1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS

『その他の検査・受診』

基幹病院/手術病院受診日及び画像診断日は○を●に変更下さい

	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月
受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血小板					
総ビリルビン					
アルブミン					
PT(%)					
AST/ALT					
Cre					
AFP/PIVKA					
画像診断	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS
所見					
体重 (Kg)					

『その他の検査・受診』

經過記入欄

基幹病院/手術病院受診日及び画像診断日は○を●に変更下さい

4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年	5年3ヶ月	5年6ヶ月	5年9ヶ月	6年
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS	US/CT/ MRI/GS

『その他の検査・受診』