

診療情報提供書

匿名化などの処理の上、出来る限り事前のFAXをお願いいたします
FAX 番号 042-684-9188

藤野在宅緩和ケアクリニック 院長 石橋 了知 宛て

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関名 _____ 主治医 _____ 先生

患者氏名 : _____ 男・女 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

患者住所 _____

患者連絡先 (家族でも可) _____

依頼目的

病名

転移先

治療経過 (発症日、原疾患の手術歴について必ず記載ください)

現在の症状

既往歴

現在の内服薬

必要な医療処置

中心静脈栄養 酸素投与(条件) ストマ管理
その他 ()

主治医の考える予後・急変の可能性

告知状況 (病状および予後を「いつ」「どの様に」伝えたか)

本人へ

家族へ

積極的治療について終了を 納得 今後も継続予定
その他 ()

緩和ケア希望 積極的 まずは説明を聞きたい
その他 ()

感染症 HBSAg() HCVAb() 梅毒() MRSA() HIV()
血液型 型 Rh()
アレルギー歴

その他特記事項

画像情報(CD-ROM 等)、血液検査データの添付を必ずお願いいたします。