

FAX : 044-982-9016

可能であれば予め FAX をお願い申し上げます  
貴院個人情報保護の方針に従って匿名化など処理下さい。

# 診療情報提供書

メディ在宅クリニック

院長 高橋保正 宛

医療機関名 \_\_\_\_\_ 病院・医院

主治医 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ 先生 ⑧

ご連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

E-Mail \_\_\_\_\_

フリガナ 患者本人氏名	性別 男・女	H,S,T,M	年 月 日 生	年齢 歳
現在の状況	外来通院中・自施設入院中(病棟 _____)・他施設入院中(施設名 _____)			
本人住所	同居家族			
キーパーソン	氏名 (続柄 _____)	連絡先		
診断名と原発部位	病期	転移再発部位		
主治医の考える予後 (必ずご記入下さい)	年・月・週	予後規定病巣		
急変の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 起こりうる症状と原因病巣(_____)			
急変についての説明	本人へ : 起こりうることを 具体的に十分説明済・簡単に説明・未説明			
	家族(続柄 _____)へ : 起こりうることを 具体的に十分説明済・簡単に説明・未説明			
告知レベル (必ずご記入下さい)	本人へ : 病名・転移再発・治癒不能・予後(期間 _____)			
	家族(続柄 _____)へ : 病名・転移再発・治癒不能・予後(期間 _____)			
告知時期	本人へ 年 月 日頃	家族へ 年 月 日頃		
現病歴・治療歴	初発症状	症状出現時期 年 月 日頃		
貴院初診	年 月 日	貴院への紹介医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 病医院名(_____)		
手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 有の場合、 <input type="checkbox"/> 治癒切除 <input type="checkbox"/> 非治癒切除			
手術日	年 月 日	術式:		
その他	再発や転移の時期、診断経緯・放射線や化学療法の治療状況をご記入ください。			

※最近の画像(DVD-ROM等)と所見、血液検査データ(感染症含む)、処方箋控を添付願います。

疾患に対する他の治療	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中(内容 _____) <input type="checkbox"/> 終了			
積極治療について	<input type="checkbox"/> 納得済み <input type="checkbox"/> 未だ納得できていない <input type="checkbox"/> 継続予定あり			
緩和ケア希望	<input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 選択肢の一つとして <input type="checkbox"/> 消極的だが説明のみ希望 <input type="checkbox"/> 無し			
必要な処置	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(埋め込みポート造設: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 予定なし) <input type="checkbox"/> 末梢点滴			
	<input type="checkbox"/> 胃・腸瘻栄養管理 <input type="checkbox"/> ストーマ管理 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 褥創管理			
疼痛の状況	無・有 ⇒ (鎮痛剤使用 無・有〔薬剤と用量 _____〕)			
血液	A,B,O,AB Rh(+/-)型 HBSAg(+/-) HCVAb(+/-) 梅毒(+/-) MRSA(+/-) HIV(+/-)			
日常生活動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助必要(程度 _____)	認知症:無・有	意識障害:無・有	
今後の予定	入院: <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> 決定(年 月 日)			
	外来: <input type="checkbox"/> 併診期間必要 <input type="checkbox"/> 以降は当院一任(必ず患者本人の了承を得て下さい)			

ほとんどの場合、在宅あるいは近隣の緩和ケア病棟との連携により対処いたしますが、急な入院処置が必要となる場合は、貴院あるいは関連医療機関での入院の手配にご協力をお願い申し上げます。