

診療情報提供書

(簡易版)

メディ在宅クリニック

院長 高橋保正 宛

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。

医療機関名 _____ 病院・医院

主治医 _____ 科 _____ 先生 ⑩

ご連絡先電話番号 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 E-Mail _____

患者本人氏名 <small>フリガナ</small>	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				

※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。

病名	
感染症	HBs抗原() HCV抗体() TPHA()
病状の説明内容	患者様へ
	ご家族様へ (説明を受けた方の氏名 _____)
緩和ケアの必要性についての説明内容	患者様へ
	ご家族様へ (説明を受けた方の氏名 _____)
予後についての情報	(担当医の予測を含めて)
患者様・ご家族様の状況	(不安が強い、独居、認知症など)
患者様・ご家族様の在宅緩和ケアへの期待	
現在、治療中ですか？	(抗がん剤やホルモン治療など)
介護保険申請	<input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> していない