

※当院への診療情報提供に際し、お手数ですが以下の項目につき記載くださるようお願いいたします。なお、貴院の書式がある場合は添付いただいても結構です。その他、必要な血液データや画像所見等についてはコピーを貼付して頂ければ幸いです。

〒295-0003 千葉県南房総市千倉町白子2446
Tel. 0470-44-5303 Fax. 0470-44-5302
医療法人社団 花の谷クリニック

診療情報提供書

患者氏名 性別 生年月日 血液型

I. 当院を紹介される経緯について

- 治癒を目的とした治療に反応しなくなったため 本人の希望 家族の希望
 その他(具体的に) _____

II. 診断について

- 1) 原疾患 _____ 2) 原発部位 _____
3) 病理診断 _____
4) 診断確定日 _____年 _____月 _____日
5) 悪性腫瘍による合併症 なし あり
具体的な内容 _____
6) 悪性腫瘍以外の合併症について
 糖尿病 肝硬変 肝障害 腎障害 心不全 呼吸不全
 消化管潰瘍 精神疾患 脳・神経疾患 その他 (_____)

III. 現病歴

1. 現在の病状について

- 1) 悪性腫瘍の直接浸潤 なし あり 部位 _____
2) 転移 なし あり 部位 _____
3) 疼痛 なし あり 部位 _____
痛みの原因 _____
4) その他苦痛となる身体症状 なし あり
具体的内容 _____
苦痛の原因 _____
5) 感染症 なし あり ※ありの場合はデータの添付をお願いいたします
6) 精神症状 なし 不眠 不安 抑うつ状態 せん妄 認知症
 その他 _____

2. これまでの治療について

- 1) 外科的治療 なし あり 手術年月日 _____年 _____月 _____日
術式 _____

- 2) 放射線治療 なし あり 照射部位 _____
時期 _____
3) 化学療法・内分泌療法・免疫療法
 なし あり 治療薬 _____
時期 _____
4) その他の治療 _____
5) 合併症の治療 _____
6) 現在の処方 _____

3. 装着されているチューブ類について

- 気管カニューレ 膀胱カテーテル 腎盂カテーテル
 IVH (挿入日 _____年 _____月 _____日) CVポート (造設日 _____年 _____月 _____日)
 PTCD (挿入日 _____年 _____月 _____日)
 スtent (部位 _____ 挿入日 _____年 _____月 _____日)
 NGチューブ 胃ろう
 その他 _____

IV. 悪性腫瘍の告知について

1. 患者へ していない していない理由は _____
 している いつ頃 (_____)
 病名のみ 転移・再発も含めて 余命も含めて
具体的な説明内容 _____

2. 患者以外へ していない していない理由は _____
 している どなたに (_____)
いつ頃 (_____)
 病名のみ 転移・再発も含めて 余命も含めて
具体的な説明内容 _____

V. 現在のADL

1. 食事 自立 一部介助 全介助 摂取していない
2. 排泄 自立 一部介助 全介助
3. 移動 自立 一部介助 全介助

VI. 臨床的予後予測

- 日にち単位 週単位 1か月程度 月単位(2~5か月程度)
 6か月以上 その他 (_____)
 急変の可能性が大きい

記載日 _____年 _____月 _____日 医療機関名 _____
診療科 _____
医師名 _____