

悪性腫瘍患者用診療情報提供書

紹介先：

平成 年 月 日

紹介医：

紹介医療機関： _____

診療科： _____

医師： _____

ふりがな			男性	ID・カルテ番号	
患者氏名	様		女性		
生年月日	M T S H	年 月 日生	歳	血液型	型 Rh + -
在宅療養 施行場所	〒 _____ Tel : _____ 自宅 その他 (_____)				
傷病名			既往歴		
転移 有・無	部位： 最終確認時期：	感染症		HCV HBs - Ag TPHA MRSA(部位) 緑膿菌(部位)	
現病歴	初発症状と時期：				
	手術の既往：有・無 術式/時期：				
	治療経過：				
				
現在の 症状	疼痛	疼痛部位：			
		疼痛の性質： 一日中同じ強さで痛む 一日中痛むが強さは変わる 一日の中で痛みの無い時間は6時間未満。 一日の中で痛みの無い時間は6時間以上。			
		鎮痛剤の種類と量：			
		麻薬の使用：			
	消化器症状	麻薬の副作用：悪心・嘔吐、眠気、便秘、幻覚、かゆみ、その他(_____)			
		悪心・嘔吐、腸閉塞、便秘、下痢、腹水、嚥下障害、その他(_____)			
		それに対する治療：			
呼吸器症状	呼吸困難、咳、胸水、死前喘鳴、その他(_____)				
	これに対する治療：				
泌尿器症状	排尿困難・尿閉、尿失禁、血尿、その他(_____)				
	それに対する治療：				

備考：

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。

診療情報提供書

現在の症状	神経症状	脊椎転移、脊髄圧迫、転移性脳腫瘍、その他() それに対する治療：						
	内分泌異常	高 Ca 血症、低 Na 血症、低血糖、その他() それに対する治療：						
	精神状態	抑うつ、不安、せん妄、その他() それに対する治療：						
処方								
処置	中心静脈栄養 酸素療法	尿カテーテル ストマ	吸引処置 創傷処置	持続注入 その他()				
告知状況		病状		抗癌剤		麻薬		
		病名	病状	予後	使用	説明	使用	説明
	本人							
	家族							
		 { 行っている場合には、「 <input type="checkbox"/> 」、行っていない場合には「×」、 行っても家族に対する説明と異なる場合には「 <input type="checkbox"/> 」で記入してください。						
		本人に対して病状の説明は どのようにしていますか？						
	主治医の予測する余命							

寝たきり度：当てはまるものに「」をつけて下さい。

J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。
A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助無しには外出しない。
	1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れている。 2. 介助の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。
	1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行く。 2. 介助により車椅子に移乗する。
C	一日中ベッド上で過ごし、排泄食事、着替えにおいて介助を要する。
	1. 自力で寝返りをうつ。 2. 自力では寝返りも打たない。

褥瘡	有り 無し 部位：	エアマットの 使用			
介護体制	主な介護者：				
	訪問ナースの必要	直ちに必要	将来的に必要	不必要	不明
	ヘルパーの必要性	直ちに必要	将来的に必要	不必要	不明
看取り	最期の看取り場所の希望	自宅	病院	未定	
退院予定日	平成 年 月 日	自宅療養中	平成 年 月 日に	病院・施設を退院	

備考

3.紹介状および病歴など貴院の所定の用紙を添付していただいても結構です

4.FAX 送信する際は、キリトリ線を切りとって送信してください。

診療情報提供書