

診療情報提供書

医療法人ときわ会 ときわ会病院

緩和ケア担当 馬場祥子
蝦名正子

年 月 日

紹介元医療機関の所在地

医療機関名

電話番号

FAX 番号

診療科

医師氏名

患者氏名	男・女	歳	大・昭・平・令	年	月	日生
------	-----	---	---------	---	---	----

1. 診断

①傷病名

②発症 ・時期 年 月 日頃

・発症状況(<例>検診で発見、〇〇症状出現など)

③病理診断 無 有 (診断名

病理診断確定日: 年 月 日頃

④既往歴

⑤現病歴 (簡単な抗がん治療の経過を含めてお願いします。別紙でもかまいません)

貴科初診日: 年 月 日

2. 現在の病状

①癌の状況(浸潤や転移などについて)

②その他の合併症(<例>イレウス、水腎症)

*** 検査データ(感染症を含む)や画像の情報提供をお願いいたします。**

③現在の症状

・疼痛 無 有 (部位

・疼痛以外の苦痛症状 無 有(具体的に

・精神症状

無

有 : 不眠 不安 抑うつ せん妄 認知症 その他(

④急変の可能性 無 有 (具体的に

⑤感染症の有無について

無

有: HBV() HCV() 梅毒(STS() TPHA()) MRSA()

その他(

3. 現在の治療

①現在の処方内容(内服薬・注射薬・点滴内容等)

②装着されているチューブ類について

CV(カテーテル・ポート(留置部位:)) NG チューブ 膀胱カテーテル

その他(

