※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ご記載くださるよう

お願い致します。尚、貴院の書式がある場合は添付頂いても結構です。

その他、必要な血液データや画像所見等についても添付くださると幸いです。

〒006-0812　北海道札幌市手稲区前田2条10丁目1-10

直通Tel. 011-685-2579 直通Fax. 011-685-2665

**診療情報提供書　　　　　医療法人渓仁会　手稲家庭医療クリニック**

患者氏名　　　　　　　　　　性別　　　生年月日

住　所（訪問先）

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

Ⅱ. 診断について

　１）原疾患　　　　　　　　　　　　　２）原発部位

　３）病理診断

　４）確定診断日　　　　年　　月　　日

　５）直接浸潤　□なし　□あり　部位

　６）転移　　　□なし　□あり　部位

　７）悪性腫瘍による合併症　□なし　□あり

　　　　具体的内容

Ⅲ. 既往歴　 □糖尿病　□高血圧　□気管支喘息　□COPD　□心不全

□消化管潰瘍　□精神疾患　□脳・神経疾患　□その他（　　　　　　　　）

Ⅳ. 現病歴

1. 経過

2．現在の病状について

1) 疼痛　　　□なし　□あり　部位

　　　痛みの原因

2) その他の苦痛となる身体症状　□なし　□あり

　□嘔気　□嘔吐　□咳嗽　□喀痰　□便秘　□痺れ　□その他（　　　　　　　　　）

3) 感染症　　□なし　□あり　　※ありの場合はデータの添付をお願い致します

4) 精神症状　□なし　□不眠　□不安　□抑うつ　□せん妄　□認知症

□その他

3．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) 現在の処方（主たる薬品名のみ列挙してください）

Ⅴ. 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

1. 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

Ⅵ. 臨床的予後予測

□日単位　□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