

※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

医療法人溪仁会 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_