

VII. 診療情報

1. 診断

- 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) 原発に付随する合併症 (例: イレウス、水腎症)
なし あり (具体的な内容:)
8) その他の疾患、既往歴
糖尿病 肝硬変 慢性肝炎 腎障害 心機能低下 慢性呼吸不全
結核 消化管潰瘍 精神疾患 ()
脳・神経疾患 () その他 ()

2. これまでの治療の概略

- i) 外科的治療 なし あり (手術年月日 、術式)
ii) 放射線治療 なし あり (時期 、照射部位 、総線量)
iii) 化学療法・内分泌治療・免疫療法
なし あり (時期 、治療薬)

3. 現在の状態

- 1) 疼痛 なし あり (部位)
2) その他苦痛となる身体症状 なし あり (具体的に)
3) 精神症状 なし
あり (不眠 不安 抑うつ せん妄 認知症 その他:)
4) 急変の可能性 なし あり (具体的に)
5) 感染症 なし 未検査
あり (HBs 抗原 HCV TPHA HIV MRSA VRE その他 ()

4. 現在の治療

- 1) 継続している治療 なし あり (診療科・治療内容など)
2) 装着されているチューブ類について
末梢静脈ルート
CV カテーテル (年 月 日 留置・交換)
気管カニューレ (年 月 日 留置・交換) (種類・サイズ)
膀胱留置カテーテル (年 月 日 留置・交換) (サイズ)
PTBD・PTCD (年 月 日 留置・交換)
NG チューブ (目的: 栄養 水分補給 排液/減圧)
胃瘻 (目的: 栄養 水分補給 排液/減圧)

5. 治療や日常のケアを提供させていただく上で特に留意する点がありましたらご教示ください。

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 診療科 _____ 記載医師名 _____

*診療情報提供書・現在の処方内容 (内服薬・注射薬など)・血液データ・画像・ADL などの情報提供をお願いします。

**ご多忙の中、ご協力いただき、ありがとうございました。