

診療情報提供書

令和 年 月 日

IMS(イムス)グループ 医療法人社団 明生会
イムス札幌消化器中央総合病院

VADセンター 岸 宗佑 宛

〒063-0842 札幌市西区八軒2条西1丁目1-1

TEL 011-555-2770

FAX 011-640-3256



【紹介元医療機関情報】

医療機関名

所在地

TEL

FAX

診療科

医師名

■患者様情報 (貴院患者様ID:)

フリガナ 患者氏名	男・女	住所
生年月日	年 月 日 (歳)	電話

※当日繋がるご本人様、ご家族様の電話番号を必ず記載をお願いいたします。

■ご依頼VAD (Vascular Access Device : 血管内留置デバイス) 内容

CVポート 埋設 抜去

PICC (末梢挿入型CVカテーテル)

(前胸部、大腿、上腕、どちらでも)

ルーメン：シングル・ダブル・トリプル

■目的 (あてはまるものに○をつけてください ※複数可)

- 頻繁に採血・静脈注射を行うため
- 末梢ルートが入りにくいため
- 患者の希望 (頸部や鎖骨下からカテーテルを入れてほしくない)
- 食事が摂れない方に点滴 (栄養と水分の投与) を行うため
- 誤嚥でお困りになられている
- 血管痛を伴う薬剤 (高 or 低 pHの薬剤、酸性、アルカリ性、高浸透左薬) のため
- 抗がん剤目的
(抗がん剤目的の場合、下記を必ず御記載ください)

〈悪性疾患の場合〉

◇ 癌腫： _____ 癌 ◇ Stage： _____

◇ 予定している化学療法レジメン： _____

◇ 投与間隔： _____

〈乳がんの場合〉

原発の部位に○をつけてください

①

<input type="checkbox"/>	右側
<input type="checkbox"/>	左側
<input type="checkbox"/>	両側

②

<input type="checkbox"/>	乳頭部及び乳輪
<input type="checkbox"/>	乳房中央部
<input type="checkbox"/>	乳房上内側4分の1
<input type="checkbox"/>	乳房下内側4分の1

<input type="checkbox"/>	乳房上外側4分の1
<input type="checkbox"/>	乳房下外側4分の1
<input type="checkbox"/>	乳腺腋窩尾部
<input type="checkbox"/>	乳房の境界部病巣

<input type="checkbox"/>	部位不明
--------------------------	------

■傷病名：

■既往歴：

■症状経過及び治療経過（簡単な記載で構いません）

■処置及び治療経過の有無について

・内頸静脈からのCVカテーテル留置の既往（・無 ・有：右 左 ・わからない）

・頸部手術の既往（・無 ・有：_____）

・放射線治療の既往（・無 ・有：頸部 胸部 上肢 その他_____）

・透析用のシャント（・無 ・有：部位_____）

■直近の血液検査データ値

・WBC _____ ・HB _____ ・血小板 _____ ・CRP _____ ・TP _____ ・アルブミン _____ ・Na _____

※腫瘍マーカー値（もしございましたら御記載ください） _____

■抗血栓薬の内服の有無

・抗血栓薬内服（・無 ・有）

※有の場合、内容を御記載ください _____

■ADL（・歩行可 ・車いす ・寝たきり）

■認知症状（・無 ・有 特記事項【 _____ 】）

■希望日時（・無 ・有【 _____ 】）

■移動手段（・自家用車 ・介護タクシー ・施設車 ・その他【 _____ 】）