

【送信先 FAX 048-767-7840】 TEL 048-767-7841

リンパ浮腫ケア依頼書

医療法人翔誠会 きたうらわクリニック リンパ浮腫ケア外来 担当者宛

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 診療科 | |
| ご担当医 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |

以下の患者様についてリンパ浮腫ケア(複合的理学療法等)を依頼する。
尚、DVT(深部下肢静脈血栓症)及び炎症等がないことを証明する。

| | | | |
|------|-----|------|-----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| 患者名 | | 男・女 | 年 月 日(歳) |
| 住所 | 〒 - | 電話番号 | |

| | |
|---------|---|
| 診断名 | |
| 手術歴・術式 | 年 月 日 |
| リンパ節転移 | なし・あり *部位: |
| 治療歴 | 放射線治療・抗がん剤・ホルモン剤・その他 *薬剤名: |
| リスクの有無 | 心臓病()・心不全・甲状腺疾患・高血圧 低アルブミン血症・腎不全・肝不全・静脈性疾患() |
| その他注意事項 | |

*必要に応じて血液検査データ、エコー結果もお願いします。

*緩和ケアの場合診断名に緩和ケアであることを書き添えてください。

以上