

年 月 日

診療情報提供書

医療機関名

() 科

印

【患者氏名】 () 【患者 ID】 ()

【生年月日】 T. S. H. R. 年 月 日 (歳)

平素よりお世話になっております。上記患者様に関しまして、
貴院アートメイク・パラメディカルピグメンテーションについて、ご紹介申し上げます。

※該当するものに○を付けて下さい

【傷病名】 (癌腫) _____ (右 ・ 左 ・ 両側)

早期 ・ 進行再発 ・ (リンパ節 ・ 肝 ・ 肺 ・ 脳 ・ 骨) 転移

【化学療法の種類】 術前補助化学療法 ・ 術後補助化学療法 ・ 進行再発治療

【現在の治療】

① 抗がん剤治療 (有 ・ 無 ・ 休薬中)

《現在の化学療法のレジメン》※例：TC療法 1投2休 12サイクル目など

() サイクル目

《前回投与日》※前回1サイクル分の投与日を記載して下さい

(月 日)、(月 日)、(月 日)、(月 日)

《次回サイクル開始予定日》 年 月 日

② ホルモン製剤 (有 ・ 無 ・ 休薬中)

③ 分子標的薬 (有 ・ 無 ・ 休薬中)

【手術日】 年 月 日 術式 ()

【レジメン施行時の Nadia 予測時期】 (投与開始後 約 _____ 日後)

【現在使用レジメンでの皮膚症状副作用】 (有 ・ 無)

【G-CSF 製剤 (ジーラスタ等) 使用の有無】 (有 ・ 無)

有の場合 (使用薬剤 _____)

【主な既往歴】 _____

【主なアレルギー歴】 (有 ・ 無) ※金属アレルギーなど

【現在の内服状況 (デカドロンや抗血栓薬など)】

()

【備考】

()

※一番最近の2サイクル分の血液データの添付をお願い致します