

診療情報提供書

医療機関名 _____

(_____) 科 _____ 印

【患者氏名】 (_____)

【生年月日】 T. S. H. 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 ・ その他) 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》 H _____ 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)

【主たる手術】

H _____ 年 _____ 月 _____ 日 術式 (_____)

H _____ 年 _____ 月 _____ 日 術式 (_____)

H _____ 年 _____ 月 _____ 日 術式 (_____)

【レジメン施行時の Nadir 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 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 (抗血小板薬、抗凝固薬、ステロイド内服中の場合は必ずお知らせ下さい)】

(_____)

【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