

リンパ浮腫ケア 診療情報提供書

医療法人 榎本会
榎本病院
TEL 072-366-1818

紹介元医療機関:

医師氏名

科

TEL:

FAX:

フリガナ 患者氏名		住所	
		電話番号	
生年月日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平)	年 月 日	年齢 歳

◆手術◆

実施年月日 (昭 ・ 平) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 乳房切除 <input type="checkbox"/> 乳房温存 <input type="checkbox"/> センチネルリンパ節生検
術後 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 化学療法 内容	<input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 卵巣癌 <input type="checkbox"/> 前立腺癌
<input type="checkbox"/> 原発性リンパ浮腫		

主訴または 症病名	
症状・治療経過・病期等(別紙可)	
既往歴及び家族歴	
処方内容	
その他・留意事項等	