

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元医療機関
住所

名称

担当医師名

患者氏名	男・女	生年月日	大・昭・平	年	月	日(歳)
傷病名						
既往歴						
不整脈	無・有					
手術歴						
放射線療法	無・有					
	昭・平 年 月 日					
	照射部位	・右胸部 ・咽頭部	・左胸部 ・鎖骨上	・右腋窩 ・その他()	・右鼠径部	・左鼠径部 ・生殖器
検査/所見						

浮腫症状について

続発性/ 手術直後	原発性/(先天性・早発性・晩発性) ・ 外傷後 ・ 分娩後 ・ 静脈性	手術後	カ月	その他()
部位	左上肢 ・ 右上肢 ・ 胸部 ・ 背部 ・ 腰部 ・ 臀部 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ 下腹部 ・ 生殖器 その他()			
全身性浮腫	無・有	心性 ・ 腎性 ・ 肝性 ・ 栄養性 ・ 内分泌性 ・ 特発性		

※ MLD禁忌となる項目がありますので、該当する疾患がある場合は、○印お願いいたします。

MLD禁忌	感染症による炎症 ・ 心性浮腫/心不全 ・ 下肢静脈の急性疾患 悪性腫瘍(症状の緩和目的としては可能です)
頸部の禁忌	甲状腺機能亢進症 ・ 頸動脈洞症候群 ・ 不正脈
腹部の禁忌	腹腔内の手術や放射線療法後 ・ 腸閉塞 ・ 骨盤静脈血栓症の既往 ・ てんかん ・ 妊娠中 腹部大動脈瘤 ・ 原因不明の腹部の痛み
蜂窩織炎について	頻度 (年に 回) 最近の炎症について 平成 年 月頃 症状: 治療内容: 抗生物質名など
現在の処方	
治療経過	