

診療情報提供書

年 月 日

有痛性骨転移の疼痛緩和治療(メタストロン注) 申込書

《 紹介元医療機関名 》

〒870-0263 大分県大分市横田2-11-45
独立行政法人国立病院機構 大分医療センター
地域医療連携室 TEL097-593-1111(内線712)
FAX097-528-9651

医療機関名:
所在地:
担当医: 印
電話番号
FAX

下記の患者を紹介いたしますので、よろしくお願いいたします。

1. 患者情報

記入日 (年 月 日)

Table with patient information: 氏名 (ふりがな), 性別 (男/女), 年齢, 体重 (kg), 住所, TEL, 投与希望日

2. 投与選択基準 (記入できる範囲でお書きください。)

Checklist of criteria for treatment: ① 同意取得, ② NSAID/オピオイド管理, ③ 骨シンチグラム, ④ 腎不全, ⑤ DIC, ⑥ 生存, ⑦ 化学療法/放射線, ⑧ 検査値, ⑨ 最新検査値, ⑩ 病態説明, ⑪ 原発病変

3. 持参画像 (持ち込み画像がなければ記入は結構です。)

Image possession options: RI, CT, MRI, X線, その他