

リンパ浮腫ケア依頼書

リンパ浮腫専門ケアサロン SABURO CARE 担当者宛

医療機関名

科医師名

印

TEL

FAX

以下の患者様についてリンパ浮腫ケア(複合的理学療法等)を依頼する。

尚、DVT(深部下肢静脈血栓症)及び炎症等がないことを証明する。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	年 月 日
住所	〒 -		携帯： (電話)：

診断名	
手術歴・術式	年 月 日
リンパ節転移	なし・あり(部位：)
治療歴	放射線治療・抗がん剤・ホルモン剤・その他 (薬剤名：)
リスクの有無	心臓病()心不全・甲状腺疾患・高血圧・低アルブミン血症・ 腎不全・肝不全・静脈性疾患()
その他 注意事項等	

*必要に応じて血液検査データ、エコー結果もお願いします。

*緩和ケアの場合、診断名に緩和ケアであることをお書き添え下さい。