

リンパ浮腫ケア 診療情報提供書

紹介元医療機関：

医師氏名：

科

TEL：

FAX：

フリガナ：	住所：
氏名：	
電話番号：	
生年月日：（ 昭・平・令 ） 年 月 日 （年齢 歳）	

◆手術◆

実施年月日 (昭・平・令) 年 月 日	☐ 右 ☐ 左 ☐ 乳房切除 ☐ 腋下郭清 ☐ 乳房温存 ☐ センチネルリンパ節生検
術後 ☐ 放射線治療 ☐ 化学療法	☐ 子宮体癌 ☐ 子宮頸癌 ☐ 卵巣癌 ☐ 前立腺癌 ☐ その他()
☐ 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	