

【送信先 FAX : 092-211-0038 TEL : 070-5413-9174】

リンパ浮腫ケア依頼書

一般社団法人バラカメディカル リンパ浮腫専門サロン担当者宛

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書き添えてください。

