リ ン パ 浮 腫 ケ ア 依 頼 書

mellowケアルーム 代表 宇田川美嘉 宛て

患者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様は

リンパ浮腫があるため、専門的なリンパ浮腫ケア開始を依頼する

なお、深部静脈血栓症がない事を証明する

診断名	
既往歴	
手術歴	年　　月　　日
	術式 (　　)
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 (　　)
リスクの有無	心機能低下・腎機能低下・肝機能低下・甲状腺機能低下・低アルブミン血症
	静脈性疾患・その他 (　　)
その他注意点	

年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

※記入いただいた依頼書は患者本人にお渡しください