＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

宛先：外来ご担当鍼灸師 各位

患者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（ID:＿＿＿＿）

年齢・性別：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主診断名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

治療経過：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【鍼灸の依頼目的】

□ がん関連の疼痛緩和

□ 化学療法に伴う末梢神経障害

□ 嘔気・食欲不振

□ 倦怠感・睡眠障害

□ ホットフラッシュ・発汗

□ その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【直近の検査・臨床情報】

・血小板数：＿＿＿＿／µL（測定日：＿＿＿＿）

・好中球数（ANC）：＿＿＿＿／µL（測定日：＿＿＿＿）

・PT-INR：＿＿＿＿（抗凝固薬：＿＿＿＿）

・抗血小板薬：有・無（薬剤名：＿＿＿＿）

・中心静脈カテーテル／PICC：有・無（部位：＿＿＿＿）

・局所感染／発熱：有・無（詳細：＿＿＿＿）

【コメント・留意点】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

主治医署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先：TEL＿＿＿＿＿＿＿＿／FAX＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿