

フットケア地域連携パス【初回紹介時用・・・連携先記載】

# 診療情報提供書－１

紹介先医療機関名： 順天堂医院

紹介元医療機関名：

担当医： 形成外科 殿

担当医： 科

次の通り、ご紹介致しますので、宜しくお願いします

紹介元ID:	順天堂医院 ID:	発生日: 年 月 日
患者名:	生年月日: 年 月 日	年齢: 性別:
病状・治療経過		

主訴又は病名	主訴: <input type="checkbox"/> 間歇跛行 <input type="checkbox"/> 潰瘍 <input type="checkbox"/> 冷感 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 他 ⇒( )	
	病名(確定済みの場合):	
	ラザフォード分類: <input type="radio"/> 0:無症状 <input type="radio"/> 1:軽度の跛行 <input type="radio"/> 2:中程度の跛行 <input type="radio"/> 3:重度の跛行 <input type="radio"/> 4:安静時疼痛 <input type="radio"/> 5:小さな組織欠損 <input type="radio"/> 6:大きな組織欠損	
	部位: <input type="checkbox"/> 右 ⇒ 部位詳細 <input type="checkbox"/> 右足底 <input type="checkbox"/> 右足背 <input type="checkbox"/> 右第1-4 <input type="checkbox"/> 右かかと <input type="checkbox"/> 右その他 <input type="checkbox"/> 左 ⇒ 部位詳細 <input type="checkbox"/> 左足底 <input type="checkbox"/> 左足背 <input type="checkbox"/> 左第1-4 <input type="checkbox"/> 左かかと <input type="checkbox"/> 左その他	
	発熱: <input type="checkbox"/> あり(      °C ) <input type="checkbox"/> なし	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 確定診断 <input type="checkbox"/> 初期治療 <input type="checkbox"/> 治療方針策定	
現病歴 既往歴	高血圧	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし      最高血圧/最低血圧:      / 「あり」⇒ 使用薬剤: <input type="checkbox"/> Ca拮抗薬 <input type="checkbox"/> RAS系薬 <input type="checkbox"/> 利尿薬 <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> α遮断薬 <input type="checkbox"/> その他: 追記:
	腎機能	血清クレアチニン:      mg/dl 尿中アルブミン:      mg/dl    尿中クレアチニン      mg/dl
	脂質異常	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし LDL-C:      mg/dl      HDL-C:      mg/dl T-cho:      mg/dl      TG:      mg/dl 「あり」⇒ 使用薬剤: <input type="checkbox"/> スタチン <input type="checkbox"/> フィbrates <input type="checkbox"/> その他 ⇒ (      )
	糖尿病	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> I型 <input type="checkbox"/> II型 ) <input type="checkbox"/> なし    HbA1c:      % 「あり」⇒ 使用薬剤等: <input type="checkbox"/> 食事・運動療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> SU剤 <input type="checkbox"/> GLP-1 <input type="checkbox"/> チアジリドン系 <input type="checkbox"/> αグルコシダーゼ <input type="checkbox"/> ビグアナイド <input type="checkbox"/> DPP-IV <input type="checkbox"/> グリニド薬 罹患歴:      年    追記:

該当項目の口にチェックをし、必要事項の記入をお願いします

フットケア研究会作成(2013/1/20改)





紹介元ID:	診断名:
患者名:	生年月日: 年 月 日 年齢: 性別:
担当施設名: 順天堂医院 形成外科	担当医:

達成目標:  潰瘍の縮小  症状悪化の防止 ※該当項目の□欄にチェックをしてください

日付(原則2週毎)		/ /		/ /	
診察	潰瘍の変化	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	特記:				
	全身状態(発熱)	<input type="checkbox"/> 有( °C)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( °C)	<input type="checkbox"/> 無
処置	フットケア(爪切り)	<input type="checkbox"/> 実施		<input type="checkbox"/> 実施	
	処置の変更	【処置内容変更】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		【処置内容変更】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	内容: ※フォロー施設は 変更内容を 記載				
投薬 OPE	投薬変更	【紹介時投薬内容】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		【投薬内容変更】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	特記: (内容等)				
検査	SPP ABI ドップラー アンギオ 血液 等				
		WBC( $\mu$ l)	CRP( mg/dl)	WBC( $\mu$ l)	CRP( mg/dl)
説明・指導		<input type="checkbox"/> 診断結果 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 生活指導		<input type="checkbox"/> 診断結果 <input type="checkbox"/> 治療方針 <input type="checkbox"/> 生活指導	
備考					
		記入者:		記入者:	

## フットケア地域連携パス【かかりつけ医～高度専門病院】

患者名	様	年齢:	歳	性別:	【担当施設】
					かかりつけ医:
					高度専門病院:

※あなたへの治療は、複数の医療機関が緊密に連携して実施されます

	高度専門病院	かかりつけ医
役割	高度な確定診断を行ったり、重症時の治療を行います	病状を観察し、原因疾患を含めた日々の治療を行います
治療	フットケア等を行い、症状の改善を目指します	
内服	抗凝固薬や抗血小板薬を使用して、治療を行います	
検査	各種専門機器を駆使して重症度等を把握します	血液検査等であなたの状態をチェックします
説明	治療方針・手術時等に状況説明します	日常生活上での注意点を説明します
医療機関連携図		

