**症例コンサルテーション実施票（岩手医大記入用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **検証担当医** | 岩手医科大学附属病院　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生 |
| **2** | **検証協力担当医** | 　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生 |
| **3** | **協力医療機関****患者情報** | **患者番号** |  |
| **患者名** |  | **性別** | 男・女 |
| **4** | **実施日時** | 平成　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分 |
| **5** | **岩手医大テレカンファランス端末内線番号**（タッチパネルの左上に表示される番号） |  |
| **6** | **所要時間** | 分  | **録画** | あり・なし |
| **7** | **参加人数** | 岩手医科大学：　　　　　　　人　/　協力医療機関：　　　　　　　　　人 |
| **8** | **共有した診療情報**患者基本診療情報〔バイタルサイン、身体所見、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕在宅医療〔在宅酸素、人工呼吸、気管切開、自己注射、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）〕投薬〔内服、外用〕、注射〔筋注、静注〕、化学療法、処置、手術・輸血、麻酔、検体検査生体検査〔心電図、脳波、内視鏡、その他（　　 　　　　　　　）〕画像診断〔Ｘ線、ＣＴ，ＭＲＩ，ＰＥＴ，シンチグラム、その他（　　　　　　 　　　）〕画像診断〔静止画、動画｛超音波、心カテ、血管造影、その他（ ）｝〕病理診断、放射線治療、リハビリテーション、精神療法その他の診療情報（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **9** | **コンサルテーションによる患者の転帰など（例：外来受診、転院等）**1.患者紹介に至った、2.その他 |
| **10** | **テレカンファランスシステムに関する評価**1.とても有効、2.いくらか有効、3.あまり有効でない、4.有効でない、5.わからない**理由（任意）** |
| **11** | （オペレータ記入欄）**会議ID** |  |

1. オペレータを介して症例コンサルテーションを予約した場合には、オペレータが項目1~5を記載したうえで本実施票を送付します。
2. 症例コンサルテーション実施の際は本実施票の太枠内に記入し、医務課メールボックス「地域医療連携センター事務室」に入れてください。

連絡先

テレカンファランス担当オペレータ　藤澤・佐藤（内線2390）