**症例コンサルテーション実施票（高田診療所記入用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **高田診療所医師** | 科　　　　　　　　　　　先生 | | | | | |
| **2** | **岩手医大医師** | 岩手医科大学附属病院　　　　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　先生 | | | | | |
| **3** | **高田診療所**  **患者情報** | **患者番号** | |  | | | |
| **患者名** | |  | | | |
| **生年月日** | | M・T・S・H　　　年　　月　　日 | | **性別** | 男・女 |
| **4** | **実施日時** | 平成　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | | |
| **5** | **高田診療所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** | **コンサル参加人数　 高田診療所側** | | | | 人 | | |
| **7** | **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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **8** | **岩手医大にコンサルテーションを依頼した理由** | | | | | | |
| **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** | |  | | | | |

※本実施票は、岩手医大地域医療連携センターが一部保管する。