※□はチェックボックスになっていますので選択してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 依頼日：　　　年　　月　　日依頼科(病院)： | 主治医(ふりかな)：　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　Email:  |
| 患者 | (フリガナ) 　　　　　　　　　　　性別　　[ ] 男　　[ ] 女　 | 年齢 | ID： |
| 氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　生年月日（西暦）　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 現住所： |
| 死亡(ないし死亡推定)日時：　　　　年　　 　月　　 　 日　(　　　曜)　　　　　時　　　　分(24時間制で記載する事) |
| 居住歴： |
| 職業歴： |
| 家族歴： | 酒類　　　　　　　　/日×　　　　　　年　　　[ ] 不明煙草　　　　　　　　/日×　　　　　　年　　　[ ] 不明情報薬物　　[ ] 有　　　[ ] 無　　　[ ] 不明　内容（別紙添付可）　　　　　　　　　　　　　　　　　身長　　　　　　cm、　体重　　　　　　kg　　直近のもの血圧　　　　　　　/　　　　　　　mmHg脈拍　　　　　　　/分、体温　　　　　　　℃感染症　　　[ ] 有　　　[ ] 無　　　[ ] 不明　[ ] HBV　[ ] HCV　[ ] HIV　[ ] 梅毒反応　[ ] ツ反血液型　　[ ] A　[ ] B　[ ] AB　[ ] O　[ ] 不明HLA: 　　　　 [ ] 不明 |
| 既往歴： |
| 臨床診断： |
| 臨床経過(身体所見・検査成績・画像所見も記載(別紙添付可)する事，他院・他科での経過も記載する事) |

|  |
| --- |
| 臨終時状況 |
| 発見時の体位：　[ ] 仰臥位　[ ] 腹臥位　[ ] (左・右)側臥位　[ ] その他(　　　　　)心肺蘇生：　[ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明　　心臓マッサージの時間：約　　　　分挿管：　[ ] 有　[ ] 無ルート確保(生前確保も含む)：　[ ] 有([ ] 動脈　[ ] 静脈)　[ ] 無　[ ] 不明　　　　　　　　　　　　　　 [ ] トライするも確保できず(部位　　　　　)補液(生前からの継続も含む)：　[ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明　　　　投与量(過去48時間での総投与量)：　　　　　　ml　　　　　　　　(過去1週間の投与履歴あれば、別紙添付が望ましい)輸血：　[ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明　投与量(過去48時間での総投与量)：　　　　　　ml　　　　　　　　(過去1週間の投与履歴あれば、別紙添付が望ましい)尿道バルーン留置：　[ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明胃管チューブ留置： 　[ ] 有　[ ] 無　[ ] 不明その他(外傷部(皮下血腫)の有無など)： | ルート・チューブ留置部を記入(動脈ルートの場合はそれがわかるよう記載) |
| 直接死因： |
| 治療等 |
| [ ] 手術(術式：　　　　　　　　　　　　　)　[ ] 放射線治療(部位/線量(Gy)：　　　　　　　　　　　　)[ ] 化学療法(内容：　　　　　　　　　　　　　　　)　　[ ] 分子標的薬(内容：　　　　　 　　　　　　　)[ ] 抗生剤(内容：　　　　　　　　　　　　　　　　)　　[ ] ステロイド　[ ] 免疫抑制剤[ ] 透析　[ ] 腹膜透析　[ ] 免疫療法　[ ] 移植(部位：　　　　　　　　　　　　　　) |
| 組織検査(細胞診・他院・他科のものも含む。別紙添付可) |
| (西暦)　　　年　　月　　日　　検体　　　　　　診断　(西暦)　　　年　　月　　日　　検体　　　　　　診断　(西暦)　　　年　　月　　日　　検体　　　　　　診断　　　　 |
| 臨床上の問題点(特にAiで精査を希望する事項を箇条書きに)： |
| ※医学教育への使用［[ ] 可　[ ] 否］　　※医学研究への利用［[ ] 可　[ ] 否］ |
| 他施設での死亡時画像診断読影結果（既に行われている場合のみ）：別紙添付可 |
| 読影日 ( 　 　　　　 　)　　読影医（施設：　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　 ） |
| 剖検所見（既に行われている場合のみ）：別紙添付可 |
| 剖検日 ( 　 　　　　 　)　　執刀医（施設：　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　 ） |