※□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：　　　　　　 ） | |