

喘息・COPD 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先

長野赤十字病院

呼吸器内科 担当 先生御侍史

紹介元

医療機関名・ 所在地・ 医師名・TEL	
---------------------------	--

送信先 地域医療連携室 FAX:0800-800-8948(フリーダイヤル)

休日・時間外受診の場合→救急外来 FAX:026-224-1058

患者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
	氏名	様	生年月日	M・T・S・H	年	月 日
	住所					
	連絡先①	(自宅・携帯)	連絡先②	(自宅・携帯)		
	既存疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他()				

紹介目的

- 定期検査をお願いします。
- 患者教育をお願いします。
- 増悪の治療をお願いします。
- 以下の理由につき、喘息診断をお願いします。
 - 症状をくりかえす 夜間に症状がある 喘鳴の自覚がある 呼吸機能低下
- 以下の理由につき、COPD診断をお願いします。
 - COPD-PS(点) 肺機能添付 SpO₂(%)(室内気吸気・酸素吸入 L/分)
 - 自覚症状
 - 呼吸困難(MRCスケール Grade) 咳嗽 喀痰 浮腫
 - その他()
- 喘息・COPDの鑑別診断をお願いします。
- 以下について検討してください。
 - 投薬の変更 (理由:)
処方内容
(手帳があれば不要)
 - 吸入法の確認
 - HOTの導入
 - 呼吸リハビリの導入
 - その他 ()
- 行ってほしい検査がありましたら、ご記入をお願いします。
 - 一任 肺機能検査・気道過敏性試験 血液検査
 - 胸部CT アレルギー検査(RAST) 喀痰検査(細菌・病理)

受診希望日①	月	日	時頃	受診希望日②	月	日	時頃
--------	---	---	----	--------	---	---	----