

慢性呼吸器疾患連携外来 依頼書 兼 診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介元医療器機関の所在地及び名称

紹介先 愛仁会 高槻病院

慢性呼吸器疾患連携外来

医師名

受診希望日:平成 年 月 日(水) 時 分

電話番号

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
患者氏名	様	<input type="checkbox"/> 女		年 月 日 ()			
住所							
電話番号							

【紹介目的(疾患もしくは症状)】(該当するものにチェックを入れて下さい)

<input type="checkbox"/> COPD (肺気腫)	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 慢性咳嗽	<input type="checkbox"/> 非結核性抗酸菌症	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎
<input type="checkbox"/> 気管支拡張症	<input type="checkbox"/> 胸部異常陰影	<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 呼吸困難(感)	
<input type="checkbox"/> 吸入指導	<input type="checkbox"/> 吸入調整	<input type="checkbox"/> 在宅酸素導入	<input type="checkbox"/> 在宅酸素調整	

【既往症・併存疾患】

<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症
<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> その他				

【特記事項】 特に依頼したいことなどございましたらご記入ください。

--

*必要に応じて当院で半年(又は1年)ごとに定期的なフォローアップの同意を頂けますか? はい いいえ

*初回受診時に胸部レントゲン、肺機能検査を行いますので予約時間の30分前のご案内をお願いします。