診療情報提供書（再診用）

発行日：　年　月　日

紹介先施設名	市立三次中央病院
担当医	呼吸器内科担当医　先生 侍史

紹介元施設	㊞

患者氏名	様	性別	
患者住所	〒		
電話番号			
生年月日	年　月　日（　歳）	職業	

上記の患者を紹介させていただきます。今後のご高診・ご加療をお願い申しあげます。

傷病名	☐ COPD　☐ 間質性肺炎・肺線維症
紹介目的	再評価
既往歴 家族歴	
症状経過 検査結果 治療経過	患者情報 症状 ☐ 咳　☐ 痰　☐ 呼吸困難 増悪・発作 ☐ 1回/年以下　☐ 2回/年以上 前回受診時からの変化 ☐ 変化なし ☐ 症状悪化（　） ☐ HOT ☐ あり（安静時　L、労作時　L、睡眠時　L、酸素業者　） ☐ なし ☐ 肺炎球菌ワクチン接種（　年　月）
現在の処方	薬手帳があれば記載不要
備考	