

## 診療情報提供書 (紹介用)

発行日： 年 月 日

紹介先施設名	市立三次中央病院	紹介元施設	
担当医	呼吸器内科担当医 先生 侍史		

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上げます。

傷病名	<input type="checkbox"/> COPD 疑い <input type="checkbox"/> 間質性肺炎・肺線維症疑い <input type="checkbox"/> その他 ( )
紹介目的	地域連携パス
既往歴 家族歴	
患者情報 症状 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 (出現時期： )	
発作 <input type="checkbox"/> 1回/年以下 <input type="checkbox"/> 2回/年以上	
喫煙歴 ( ) 本/日 × ( ) 年間    ( ) 年前に禁煙	
併存症 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 心不全	
検査結果 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 緑内障・前立腺肥大	
治療経過 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
HOT <input type="checkbox"/> あり (安静時 L、労作時 L、睡眠時 L、酸素業者 ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン接種歴 ( 年 月)	
禁忌薬 ( )	
現在の処方	薬手帳があれば記載不要
備考	<input type="checkbox"/> 胸部X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT