

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	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 <input type="checkbox"/> 間質性肺炎・肺線維症
紹介目的	再評価
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 増悪・発作 <input type="checkbox"/> 1回/年以下 <input type="checkbox"/> 2回/年以上 前回受診時からの変化 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 症状悪化 () 症状経過 検査結果 治療経過 <input type="checkbox"/> 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 (年 月)	
現在の処方	薬手帳があれば記載不要
備考	