沖縄県喘息・COPD患者連携シート（診療情報提供書）

〈紹介先医療機関〉 〈紹介元医療機関〉

医療機関名 医療機関名

呼吸器科　担当医 担当医師 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 電話・FAX

※**自院の情報提供書をご記入の場合は下記の記載は不要ですが、運用状況確認のため、本シートの添付をお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名  　　　　　　　　　　　様 | | | | | 性別 | 生年月日 | | | | | 大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） | | |
|  | 住　所 | | | | |  | | |
| 紹介目的 | | | □診断　　□治療　（　外来、　入院　）　　□今後の治療方針の相談 | | | | | | | | | | |
|  | 初診患者の診断・評価 | | | | | | 併存症 | |  | | COPD(or 喘息) | | |
|  | かかりつけ喘息患者の再評価 | | | | | |  | | アレルギー性鼻炎 | | |
|  | 喘息(COPD)発作患者の対応 | | | | | |  | | GERD | | |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |  | | その他( ) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 処方内容 (**＊お薬手帳持参の場合チェックは不要です**) | | | | | | | | | | | | | |
| 喘息治療薬 | | 吸入薬 |  | アドエア100/250/500 | | | |  | | レルベア100/200 | |  | シムビコート |
|  | フルティフォーム | | | |  | | フルタイド100/200 | |  | アニュイティ |
|  | パルミコート | | | |  | | アズマネックス | |  | オルベスコ |
|  | キュバール | | | |  | | スピリーバ | |  | 短時間作用型β2刺激薬 |
|  |  | | | | | | | | | |
| 内服貼付 |  | モンテルカスト（シングレア、キプレス等） | | | |  | | テオフィリン徐放剤 | |  | 貼付型β2刺激薬(ホクナリン、ﾂﾛﾌﾞﾃﾛｰﾙ等) |
| □　喘息は未治療 | | | | | | | | | | | |
| その他の薬剤 | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | |
| **＊以下のチェックは必須でお願いします。**  病状が安定した場合の診療　　□　逆紹介希望　　□紹介先で治療継続希望　　□紹介先での判断を希望  通信欄： | | | | | | | | | | | | | |