

## 診療情報提供書 (COPD 連携)・控

紹介先 医療機関

先生 御机下

COPD スクリーニングシート(COPD-PS)にて、\_\_\_\_\_点となりましたので、精査加療をお願い申し上げます。

紹介元 医療機関

医師名

## 患者情報

|      |  |       |   |        |
|------|--|-------|---|--------|
| フリガナ |  |       |   |        |
| 患者氏名 |  | 男 ・ 女 | 歳 | 年 月 日生 |
| 患者住所 |  |       |   | TEL    |

## COPD情報

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 喫煙歴                 | <input type="checkbox"/> 現在喫煙している <input type="checkbox"/> 過去に喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙なし<br>1日 _____ 本 X _____ 年 ( _____ 歳 ~ _____ 歳)    喫煙指数 _____                                                                                                                  |
| 自覚症状                | <input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ/呼吸困難 <input type="checkbox"/> 喘鳴 (ゼーゼー) <input type="checkbox"/> 体重減少<br><input type="checkbox"/> 風邪の後に呼吸器症状が悪化 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) |
| 臨床経過<br>画像所見<br>その他 |                                                                                                                                                                                                                                                                            |

## 基礎疾患・現在の治療状況

|     |                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 現疾患 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患<br><input type="checkbox"/> その他( _____ ) |
| 既往歴 |                                                                                                                                                                                                                             |
| 内服薬 |                                                                                                                                                                                                                             |

|     |                                                                                                                                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 逆紹介 | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (紹介元でのCOPD管理/COPD治療薬処方: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※紹介先の医療機関にて、検査を実施し診断を確定し、必要に応じ治療を導入して、原則として紹介元の医療機関へ逆紹介します。

※主にスパイロメトリーなどの呼吸機能検査、胸部 CT などを実施しますので、患者様には簡単にご説明ください。

診療情報提供書 (COPD 連携)

紹介先 医療機関

先生 御机下

COPD スクリーニングシート(COPD-PS)にて、点となりましたので、精査加療をお願い申し上げます。

紹介元 医療機関

医師名

患者情報

|      |  |       |   |        |
|------|--|-------|---|--------|
| フリガナ |  |       |   |        |
| 患者氏名 |  | 男 ・ 女 | 歳 | 年 月 日生 |
| 患者住所 |  |       |   | TEL    |

COPD情報

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 喫煙歴                 | <input type="checkbox"/> 現在喫煙している <input type="checkbox"/> 過去に喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙なし<br>1日 本 X 年 ( 歳 ~ 歳)    喫煙指数                                                                                                                                          |
| 自覚症状                | <input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ/呼吸困難 <input type="checkbox"/> 喘鳴 (ゼーゼー) <input type="checkbox"/> 体重減少<br><input type="checkbox"/> 風邪の後に呼吸器症状が悪化 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 臨床経過<br>画像所見<br>その他 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |

基礎疾患・現在の治療状況

|     |                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 現疾患 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 既往歴 |                                                                                                                                                                                                                       |
| 内服薬 |                                                                                                                                                                                                                       |
| 逆紹介 | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (紹介元でのCOPD管理/COPD治療薬処方: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)                                                                    |

COPD 医療連携・報告書

紹介先 医療機関

先生 御机下

COPD スクリーニングシート(COPD-PS)にて、点となりましたので、精査加療をお願い申し上げます。

紹介元 医療機関

医師名

患者情報

|      |  |       |   |        |
|------|--|-------|---|--------|
| フリガナ |  |       |   |        |
| 患者氏名 |  | 男 ・ 女 | 歳 | 年 月 日生 |
| 患者住所 |  |       |   | TEL    |

COPD情報

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 喫煙歴                 | <input type="checkbox"/> 現在喫煙している <input type="checkbox"/> 過去に喫煙 <input type="checkbox"/> 喫煙なし<br>1日 本 X 年 ( 歳 ~ 歳)    喫煙指数                                                                                                                                          |  |  |  |
| 自覚症状                | <input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 息切れ/呼吸困難 <input type="checkbox"/> 喘鳴 (ゼーゼー) <input type="checkbox"/> 体重減少<br><input type="checkbox"/> 風邪の後に呼吸器症状が悪化 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |  |
| 臨床経過<br>画像所見<br>その他 |                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

基礎疾患・現在の治療状況

|     |                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 現疾患 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 既往歴 |                                                                                                                                                                                                                       |
| 内服薬 |                                                                                                                                                                                                                       |
| 逆紹介 | <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 希望する (紹介元でのCOPD管理/COPD治療薬処方: <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)                                                                    |

診断・治療結果 (以下は、紹介先の担当医が記載→医療連携部へ)

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 診断結果        | <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> pre COPD <input type="checkbox"/> ACO (Asthma-COPD Overlap) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 正常<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>COPD/ACOと診断された場合 → <input type="checkbox"/> Stage 1 <input type="checkbox"/> Stage 2 <input type="checkbox"/> Stage 3 <input type="checkbox"/> Stage 4                                                                                  |
| 実施検査        | <input type="checkbox"/> スパイロ <input type="checkbox"/> 肺気量分画(残気量) <input type="checkbox"/> 拡散能(DLco) <input type="checkbox"/> FeNO <input type="checkbox"/> IOS/モストグラフ <input type="checkbox"/> 6MD<br><input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 動脈血ガス <input type="checkbox"/> CPX <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 右心カテ<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 治療          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> LAMA <input type="checkbox"/> LABA/LAMA <input type="checkbox"/> Triple    薬剤名( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 逆紹介<br>フォロー | 紹介元への逆紹介 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり<br>紹介先でのフォロー : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 1年 後 <input type="checkbox"/> 他( )                                                                                                                                                                                         |

医療連携部より、3 枚目の「COPD 医療連携・報告書」を、「みなと COPD 連携」へ送付または FAX (03-xxxx-xxxx)