

BA患者さん 紹介シート

※可能な範囲でご記入ください。

BA (気管支喘息)治療は“うまく付き合う”から“しっかり治す”の時代へ。

ご紹介元医療機関名: _____

ご担当医師名: _____、ご紹介日: _____ 年 月 日

I. 基本情報

氏名	_____	年齢	_____ 歳 / 男・女
住所	_____		
連絡先 (携帯 or 家族連絡先)	_____		

II. 検査結果 (可能な範囲でご記入ください)

検査項目	実施日	結果
呼吸機能検査	_____ 年 月 日	FEV ₁ : _____ (_____ %予測), FeNO (_____ ppb)
胸部画像	_____ 年 月 日	_____
血液検査	_____ 年 月 日	好酸球数: _____ IgE: _____ CRP: _____ 他: _____

III. 参考情報

合併疾患	☐ COPD ☐ 副鼻腔炎 ☐ アトピー ☐ 心疾患 ☐ その他 (_____)
直近1年間での 全身ステロイド	☐ あり ☐ なし (使用薬剤・期間等: _____)



IV. 紹介目的 (該当項目に✓)

☐ 診断/治療 ☐ 吸入指導 ☐ バイオ製剤導入 ☐ その他

補足: _____

V. 薬剤処方

☐ 紹介元で対応 ☐ 特殊薬のみ病院で希望
☐ すべて病院で希望

大阪刀根山医療センター呼吸器内科

〒560-8552 大阪府豊中市刀根山5-1-1

Tel 06-6853-2001 / Fax 06-6853-3127

