

COPD患者さん 紹介シート

※可能な範囲でご記入ください。

COPD（慢性閉塞性肺疾患）、地域チームで支える時代へ。

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
スパイロメトリー	_____年 月 日	FEV ₁ : _____ (_____ %予測), FEV ₁ /FVC: _____ %
胸部画像	_____年 月 日	_____
血液検査	_____年 月 日	Hb: _____ BNP: _____ CRP: _____ 他: _____

III. 参考情報

合併疾患	☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 肺NTM症 ☐ 喘息
合併疾患 その他	_____

IV. 紹介目的（該当項目に✓）

☐ 診断/治療 ☐ 診断のみ ☐ 呼吸リハ ☐ 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

