

ILD患者さん 紹介シート

※可能な範囲でご記入ください。

ILD (間質性肺疾患)が進むと回復が難しくなるため、早期発見が重要です。

ご紹介元医療機関名: _____

ご担当医師名: _____、ご紹介日: _____ 年 月 日

患者基本情報

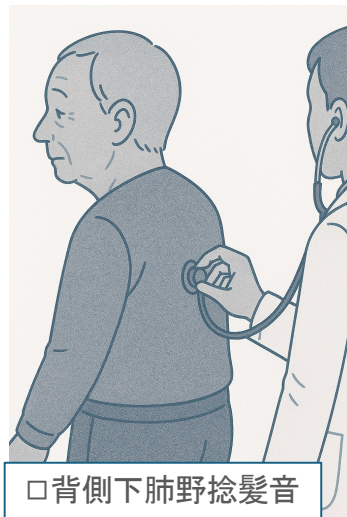
氏名		年齢	歳 / 男・女
住所			
連絡先 (携帯 or 家族連絡先)			



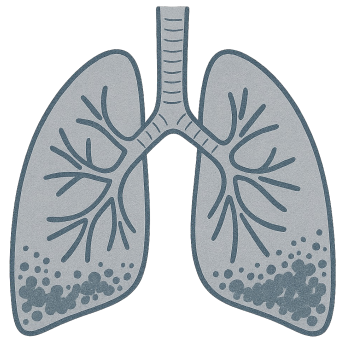
☐ 空咳



☐ 息切れ



☐ 背側下肺野捻髪音



胸部レントゲンにて

- ☐ 線状・網状影
☐ すりガラス
☐ 肺野縮小

胸部CT	年 月 日	☐ 線状・網状影 ☐ すりガラス ☐ 蜂巣肺
血液検査	年 月 日	KL-6: (正常 -) LDH: (正常 -)
肺機能検査	年 月 日	FVC: (%予測), FEV ₁ /FVC: %

紹介目的 (該当項目に✓)

☐ 診断/治療 ☐ 診断のみ ☐ 呼吸リハ ☐ その他 ()

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

ご参考に



捻髪音



ILD画像

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

