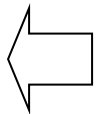


FAX 専用 呼吸機能関連検査予約申込書

年 月 日

大阪刀根山医療センター
 地域ネットワークセンター 宛
 FAX **06-6844-8778**
 TEL 06-6853-2090 (直通)
 06-6853-2001 (代表)
受付時間：平日 9：00～19：00
(木曜日のみ 9:00～17:00)



〒 番 号：
 ご 住 所：
 医 療 機 関 名：
 電 話 番 号：
 F A X 番 号：
 医 師 名：
 担 当 者 名：

※受付時間以降のお申し込みは翌日営業日以降になります。

※当日のご予約はお取りできませんのでご了承ください。

●当院でのご希望をお知らせください。

<input type="checkbox"/> 呼吸器内科での診察も希望 ※診療情報提供書をこの申込書とともにFAXして ください。(原本は当日お持ちください)	→ 呼吸器内科初診 予約
<input type="checkbox"/> 検査のみの希望 ※診療情報提供書は不要です。 ※検査結果は当日患者さまへお渡しします。	→① 呼吸機能検査スクリーニング予約 (スパイロメトリー、フローボリューム曲線測定) ② ①+モストグラフ(総合呼吸抵抗測定装置) 予約 ③ 呼気NO予約
※①、②と③の同月検査依頼は避けてください。	移動形態 (必須) <input type="checkbox"/> 単独歩行可 <input type="checkbox"/> 要介助(歩行可)又は車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド・ストレッチャー

● 診察券 (有 ・ 無)

●受診希望日 等があればご記入ください。

ID番号

--	--	--	--	--	--	--

--

フリガナ		男 女	生 年 月 日	明・大・昭・平
氏 名				年 月 日
住 所	(〒 ー)			
電話番号				
保険情報	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()			
持参資料	<input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> その他 ()			

※持参資料、診療情報提供書(原本)は患者さまが受診日にお持ちいただく様にお願い致します。

※検査のみご希望の場合は資料・診療情報提供書は不要です。

<参考>喘息診断に用いる呼気 NO カットオフ値

吸入ステロイド未使用の新患患者で、発作性の喘鳴など喘息を疑わせる症状に加え、呼気 NO 値が 22ppb 以上ならば喘息の可能性が高い。

呼気 NO 値が 37ppb 以上ならばほぼ確実に喘息と診断できる。

さらに、呼気 NO 値には、現喫煙、鼻炎合併の有無が影響する。患者の背景因子を加味した、喘息補助診断における呼気 NO カットオフ値は以下のようになる。

喫煙および鼻炎の状況を加味した喘息を疑う呼気 NO カットオフ値

患者背景	呼気 NO カットオフ値	AUC	感度	特異度
現在の喫煙なし、鼻炎なし	22ppb	0.92	92%	90%
現在の喫煙あり、鼻炎なし	18ppb	0.94	100%	87%
現在の喫煙なし、鼻炎あり	28ppb	0.88	90%	77%
現在の喫煙あり、鼻炎あり	22ppb	0.87	80%	86%

(呼気 NO(一酸化窒素)測定ハンドブック) 第 2 版より)