

# 信楽園病院 COPD 地域連携簡易パス

貴 医 療 機 関	医院	TEL	-
医 師 ご 氏 名	先生	FAX	-
診 療 希 望 日	第1希望 月 日( 曜日) / 第2希望 月 日( 曜日)		

## 患者様基本情報

ふりがな	男	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和
氏名	女	年 月 日	
住所 〒 _____ 市 _____ 区	TEL ( _____ ) _____		

## 保険証等情報

保険者番号	被保険者証記号番号
(被保険者との続柄 本人・家族 ) (負担割合 1割・3割)	

### ご紹介目的

- スパイロによる呼吸機能評価(初診)
- スパイロによる呼吸機能評価+COPDの診断, 患者説明
- スパイロによる呼吸機能評価+COPDの診断, 患者説明+治療薬導入
- スパイロによる呼吸機能評価+COPDの診断, 患者説明+治療薬導入+当院でフォロー
- スパイロによる呼吸機能評価(治療開始1年後など)
- その他

喫煙歴 \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年間( \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳)

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

既往歴・現病歴・処方内容等

基礎疾患(現在かかりつけの病気)

- |    |    |
|----|----|
| #1 | #4 |
| #2 | #5 |
| #3 | #6 |