**ＦＡＸ　0166-69-3044**

令和 年 月 日

間 質 性 肺 炎 専 門 外 来

診 療 予 約 申 込 書

〒078-8510 【医療機関】

旭川市緑が丘東２条１丁目１番１号 住 所

旭川医科大学病院 　 名 称

**患者総合サポートセンター地域連携部門 宛**　　　　 主治医

**FAX: 0166-69-3044** ＦＡＸ：　　　 (　　　)

TEL: 0166-69-3055 　 ＴＥＬ：　　　 　 (　　　)

|  |
| --- |
| **フ リ ガ ナ**  　　　　　　　　　　　 様　性別 男 ・ 女 受診歴　有 ・ 無 ・ 不明  生年月日 大・昭・平・令 　 年 月 日 （　　　歳）  　　　　　　〒  住　　所  電話番号 － －  受診日程の希望　以下のいずれかにチェックして下さい   * 緊急を要する※1　　　　　→　呼吸器内科医師に電話（0166-65-2111）でご相談願います。 * 早め受診が必要である　 → 申込日から予約可能な最短の専門外来日（水・金曜日午後）      * 急ぎでない　 →　申込日から予約可能な専門外来日（水曜日午後） * 希望の日に受診したい\*2　 → 年 月 日 時 |

\*1 状況に応じ予約取得や、当院他科での対応、他医療機関等への紹介をお願いさせて頂く場合もございます。

\*2 水曜日・金曜日午後以外を指定された場合、呼吸器一般外来で対応致します。

|  |
| --- |
| 1. **傷病名** |
| **2. 依頼目的**  □　間質性肺炎の診断・治療依頼　→　3. 以降の記載をお願いします。  □　既存の間質性肺炎のフォローアップ依頼　→　診療情報提供書の作成をお願いします。  □　その他( ) |
| **3. 診断後の希望**※3  □　診断がついたら逆紹介を希望する  □　旭川医大での治療、フォローアップを希望する  → □　間質性肺炎のみ  　　→ □　すべての疾患\*4 |
| **4. 患者情報(貴院で把握されている範囲で結構です)**  【既往・併存疾患】      【症状】※複数選択可能  　□　なし　　□　息切れ　　 □　咳嗽　　□　血痰　　□　筋力低下　 □　関節痛  　□　発熱　　□　レイノー症状　□　皮疹　 □　口内炎　□　その他( )  【症状初発時期】    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　ごろ  【安静時酸素飽和度】  □ SpO2 96%以上  □ SpO2 91-95%  □ SpO2 90%以下  【息切れの程度 mMRC】  　□　0. 激しい運動時のみ息切れを自覚する全く問題なく活動できる  　□　1. 緩やかな上り坂を歩くと息切れを自覚する  　□ 2. 息切れのため、同年代より歩くのが遅い  　□　3. 息切れのため、平坦な道を100m歩けない  　□ 4. 衣服の着替えでも息切れを感じる  【間質性肺炎と診断した/疑った理由】※複数選択可能  　□　聴診で乾性ラ音を聴取する。  　□　KL-6やSP-Dの上昇を認める。  　□　胸部レントゲンで異常所見を認める。  　□　胸部CTで異常所見を認める。  　□　呼吸機能検査で拘束性障害を認める。  　□　膠原病を疑う所見を認める。  　□　その他( )    　→　**1項目でも該当する場合は間質性肺炎の可能性がございます**。  【備考】  詳細な情報提供が必要な場合は、診療情報提供書を別途送信願います。※必須ではありません。 |

※3 状況によりご希望に添えない場合は担当医よりご連絡致します。

※4 別途、該当科への紹介をお願いする場合がございます。

〇 本用紙は，患者さんのカルテを事前に作成し，来院時に患者さんをお待たせしないための予約申込書です。

〇　当科受診後の経過に関しては、後日担当医が文書での報告を行います。

〇 **本用紙をＦＡＸでお送りください。**受診日が決りましたら「診療予約連絡票」をＦＡＸで返信しますので，

患者さんにお渡しください（申し込み順に対応しますので、返信が翌日以降になる場合があります）。

〇 **本用紙は外来予約専用申込書です。緊急を要する場合（即日入院の可能性がある場合）、転院等に関しては、事前に担当科の医師に電話（0166-65-2111）でご相談願います。**

2024.4