

F A X 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

患者氏名

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。

診療情報提供書

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。

- 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。
- 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。
- **本用紙をFAXでお送りください。** 受診日が決まりましたら「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）。
- **本用紙は外来予約専用申込書です。緊急を要する場合（即日入院の可能性のある場合）、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。**