

間質性肺炎疑い診療情報提供書(紹介状)

令和 年 月 日

成田赤十字病院
呼吸器内科 先生
TEL. 0476-22-2311(代)
地域医療連携課
FAX. 0476-23-9581

医療機関名
所在地
(TEL)
(FAX)

医師名

患者氏名	性別 男・女		
生年月日	大・昭・平・令	年 月 日生 (歳)	
成田赤十字病院受診歴	有 (年 月頃 科)	・無	

疾病名	間質性肺炎疑い		
紹介目的	☐ 精査・加療 ☐ その他()		
既往歴	薬剤アレルギー 有() ・無		
検査結果	※捻髪音(呼吸器学会 HP)		
■ 肺副雑音の有無※捻髪音	無 ・ 有 ()		
■ 血液検査			
KL-6	未 ・ 正常 ・ 異常 ()		
自己抗体	未 ・ 正常 ・ 異常 ()		
■ 画像			
胸部 X 線	未 ・ 正常 ・ 異常 ()		
胸部 CT	未 ・ 有 ()		
■ 肺機能検査	未 ・ 有 ()		
現在の処方	※ お薬手帳を持参頂いても構いません		
添付資料	☐ CD / DVD ☐ 検査成績 ☐ ECG ☐ その他() ☐ フィルム 添付資料返却 (要・否)		
☐ 病診連携ベッド入院連絡済			