

診療情報提供書

【 静岡市立静岡病院 間質性肺炎情報シート 】

紹介日 年 月 日

静岡市立静岡病院 呼吸器内科

紹介元医療機関

住所 静岡県静岡市葵区追手町 10-93

電話番号 054-253-3125

FAX 054-252-0358

医療機関名

医師 担当医

医師名

患者	氏名 ふりがな	生年月日	
	住所 〒 —	年齢	性別
		TEL	

静岡病院 ID

【紹介時症状】

以下の項目のうち、どれか1つでも該当する場合は間質性肺炎が疑われます。

裏面の問診票は任意のため可能な場合に患者様にご記入いただき、この用紙とともにご紹介ください。

- (呼吸器症状) 咳嗽
 息切れ (とくに労作時の呼吸困難) ※裏面の②参考

- (理学所見) 肺雑音 →聴取方法、サンプル音声は右の日本呼吸器学会 HP でご確認ください。

<https://www.jrs.or.jp/haion/>

- (検査結果) KL-6 ≥ 500 U/mL (数値:)
 胸部 X 線異常



(その他特記事項)

【希望する戻し紹介の時期】

- 外来で治療方針の決定時
 外来で病状安定時
 その他

【希望する連携の方法】

- 間質性肺炎は病院に依頼する
 戻し紹介後は診療所で管理する
 共同診療 (半年に1回程度病院受診)

間質性肺炎外来 問診票

記載日： 年 月 日 氏名： _____

【患者さんへ】

① あなたが現在認める症状を○で囲ってください。

せき ・ 喀痰 ・ 血痰 ・ 手指の関節痛 ・ 朝の手足のこわばり ・ 筋肉痛 ・ 眼の乾燥 ・ 口の乾燥 ・
手足のしびれ又は感覚低下 ・ 眼の眩しさ ・ 発熱 ・ 体重減少 ・ レイノー症状(寒いところで手指が蒼白に
なる) ・ 皮疹 ・ 口内炎

またそれはいつ頃からでしょうか _____ 年 月 日 or 健診異常

またそれは季節で変化がありますでしょうか 無 ・ 有 ()

② あなたの息切れの程度は以下のどれに近いですか □に✓をいれてください。

軽い ←————→ 重い

激しい運動
時のみ息切れ
を自覚する。

ゆるやかな上り坂
を歩く時に息切れを
自覚する。

息切れのため、
同年代より平坦な
道の歩行が遅い。

息切れのため、
平坦な道を 100m
歩けない。

衣服の着替
えでも息切れを
感じる。

③ あなたはこれまでにタバコを吸ったことはありますか？

無い ある ➡ 現在も喫煙している 1日 _____ 本 過去に喫煙していた 期間 _____ 歳 ~ _____ 歳

④ あなたの生活環境について該当するものを○で囲ってください

日当たりが悪い ・ 室内の湿気が多い ・ 室内にカビが生えている ・ 住居築年数 () 年 ・ 鉄筋 or 木造

加湿器 ・ ペット飼育経験あり() ・ 羽毛製品(寝具類・衣類・剥製) ・ 鳥が来る

農作業の経験あり ・ 粉塵吸入歴あり

⑤ あなたは現在サプリメントや漢方薬などの健康食品を使用していますか？

いいえ ・ はい ➡ 飲んでいるものを教えてください。 _____

ご協力頂き有難うございました。