

# 小児気管支喘息 FAX 予約用診療情報提供書

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院

先生 名称  
住所 〒  
医師名  
電話 FAX  
印

フリガナ 氏名	神戸市立医療センター中央市民病院受診歴 1 有 2 無 患者番号( )	
生年月日	平・令 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒 電話：自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -	
※保険情報	本人・家族	【保険者番号】 【記号】 【番号】 本人・家族
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
	公費負担等	【公費負担番号】 【公費受給者番号】 【負担割合等】
診断名	気管支喘息	主訴 肺機能検査目的
紹介目的	1 診察 2 検査 3 入院 4 その他 ( )	

※保険情報は可能な限りご記入願います。(院外処方箋の FAX でも構いません)

①主訴 ②家族歴 ③現病歴 ④現 症 ⑤検査所見 ⑥治療経過 ⑦現在の処方 ⑧その他	
喘息発作歴： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 ◆初回発作； 年 月 ( 才 か月) ◆一番最近の発作； 年 月 ( 才 か月) 発作入院歴： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 肺機能検査実施歴： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	現在の治療： <input type="checkbox"/> ロイコトリエン受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> 吸入ステロイド (製剤名 : 回/日) スプレー使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他
(患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好)	

予約希望日 又は曜日	第 1 ( 月 日 / 曜日) 第 2 ( 月 日 / 曜日)
---------------	---------------------------------

備考 1. 必要に応じて、画像診断のフィルム、検査記録を添付してください。  
2. 控用の複写をとってから交付してください。

■ 神戸市立医療センター中央市民病院 地域医療連携センター TEL 078-302-6031  
FAX 078-302-2251

【中央市民病院宛】