

COPD連携クリティカルパス-1

施設名: _____ 担当医氏名: _____

病院名: _____ 担当医氏名: _____

患者氏名: _____

日時	初診 (年 月 日)	紹介日 (年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)
担当施設	診療所	病院	診療所	病院
診察・検査結果	<input type="checkbox"/> 息切れ (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 咳嗽 (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 痰 (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 浮腫 (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 % <input type="checkbox"/> 既往歴 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 塵肺 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 喫煙歴 本/日 年間 <input type="checkbox"/> 実施検査 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン(未, 済 / /)	<input type="checkbox"/> 息切れ(MRC) <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 % <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 (GOLD 期) 1秒量 L 1秒率 % <input type="checkbox"/> 動脈血ガス分析 PaO ₂ torr PaCO ₂ torr <input type="checkbox"/> CT検査結果 <input type="checkbox"/> 他の呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 息切れ (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 咳嗽 (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 痰 (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 浮腫 (一, 土, 十) <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 % <input type="checkbox"/> 禁煙状況 <input type="checkbox"/> ワクチン <input type="checkbox"/> 紹介目的 <input type="checkbox"/> 急性増悪 <input type="checkbox"/> 定期検診 <input type="checkbox"/> 呼吸リハビリテーション <input type="checkbox"/> 薬剤の調整	<input type="checkbox"/> 息切れ(MRC) <input type="checkbox"/> 酸素飽和度 % <input type="checkbox"/> 呼吸機能検査 (GOLD 期) 1秒量 L 1秒率 % <input type="checkbox"/> 動脈血ガス分析 PaO ₂ torr PaCO ₂ torr <input type="checkbox"/> (CT検査結果) <input type="checkbox"/> 他の呼吸器疾患
	治療方針・薬剤	<input type="checkbox"/> 現在の処方 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用	<input type="checkbox"/> スピリーバ <input type="checkbox"/> ホクナリンテープ <input type="checkbox"/> セレベント <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> ムコダイン <input type="checkbox"/> ムコソルバン <input type="checkbox"/> テオフィリン <input type="checkbox"/> その他の薬剤 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用 <input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> スピリーバ <input type="checkbox"/> ホクナリンテープ <input type="checkbox"/> セレベント <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> ムコダイン <input type="checkbox"/> ムコソルバン <input type="checkbox"/> テオフィリン <input type="checkbox"/> その他の薬剤 <input type="checkbox"/> 薬剤の副作用 <input type="checkbox"/> 服薬指導
申し送り	<input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> フィルム希望 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 報告書のみ			
医師サイン				