**アレルギー性鼻炎・好酸球性副鼻腔炎・好酸球性中耳炎　　　地域連携パス紹介状**

　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　男　・　女　生年月日　　　　　　年　　月　　日（　　　歳）　　　　　　　身長： 　　　体重：　　職業：□学生　□会社員 □公務員　□自営業　□主婦　□アルバイト　□その他（　　　　　　　） |
| 紹介目的 : □診断・評価　□ 生物学的製剤の導入　□ その他  |
| 既往歴及び合併症：□COPD □喘息　□薬剤過敏症（　　　　　　）　□アトピー性皮膚炎　□糖尿病　□高血圧　□狭心症・心筋梗塞 □その他・アレルギー疾患など（　　　　　　　　　　　） |
| 来院時の症状発症日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　初診日：　　　　年　　　月　　　日　　 |
| 鼻CT所見 | 鼻内所見（ポリープの有無など） | 聴力検査(４分法)右側　db、左側　db |
| 血中好酸球数　　　　　　 | 非特異的IgE　　 　　　 | 特異的IgE　　　　　　 |
| 薬物治療（用量、期間）ステロイド（点鼻、経口）経口ステロイド以外の内服生物学的製剤 | 　　　　　　　　　　 |
| 鼻手術の既往（手術名） |  |
| 大学病院に紹介した後、* 逆紹介での治療を希望します。
* 大学病院での治療継続を希望します。
* 大学病院と自施設での併診を希望します。
	+ 3ヵ月に一回は大学病院にて状態を確認、治療主体は自院で行うことを希望します。
	+ 大学病院にて生物学的製剤など投薬を行い、治療の主体は大学病院、フォローを自施設で行う事を希望します。
* 患者の希望　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 備考 |