**栃木県 気管支喘息(小児用:12才以上)　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：　　 |
| 紹介目的 : □ 気管支喘息の診断・評価　□ 生物学的製剤の導入　□ その他  |
| 既往歴及び合併症：□ アトピー性皮膚炎　□ アレルギー性鼻炎 □ 副鼻腔炎　□ その他・アレルギー疾患( ) |
| 来院時の症状発症日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　初診日：　　　　年　　　月　　　日　　 |
| * ACT 20点未満
 | * SABA 1回/週以上使用
 | * PEF予測値80％未満
 |
| 末梢血/喀痰中 好酸球　　　　　　 | 非特異的IgE　　 　　　 | 呼気NO（FeNO）　　　　　　 |
| 現在の治療 | 薬剤名　　　　　　　　　　 | 用量　　　　 | 治療期間 |
| 吸入薬 |  |  |  |
| 経口ステロイド |  |  |  |
| 内服薬（経口ステロイド以外）その他の薬剤 |  |  |  |
| 生物学的製剤 |  |  |  |
| 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 |