**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 | | | | | |