

6 「医師会における地域連携パス作成の取り組み」

四日市医師会 病診連携・かかりつけ医推進委員会 山中賢治

1 地域連携パス作成の経緯

医療機能の分化・連携を推進して切れ目のない医療を提供することと、早期に在宅へ復帰できるよう在宅医療の充実を図るため、四日市医師会では、種々の疾患の地域連携パス（以下、連携パス）を作成すべく、平成20年度よりその準備を開始した。地域での医療の標準化や患者さんとの情報共有、病院と診療所のドクター同志の“顔の見える関係づくり”のツールとしての機能を最大限に利用することが目的で、連携パスを運用することによって、病院、診療所、患者さん・ご家族がそれぞれ恩恵を享受することが重要と考える。

2 地域連携パスの作成に向けた取り組み

四日市地区には県立総合医療センター、市立四日市病院、四日市社会保険病院の3つの急性期病院があるが、連携パスの作成に際し、急性期病院が主導で作業を行うと、各病院の利害や思惑が障害となることが予想され、よって作成作業は四日市医師会が主導して行われた。連携パスの作成過程を通じて、急性期病院の専門医同士が同じテーブルに着くことにより、病院同士の連携が図れ、出身大学の異なる各病院の専門医同士の治療法の標準化や相互の質向上が図れるというメリットがあった。連携パスを使用することで、急性期病院では在院日数の短縮化と外来フォロー患者の軽減が図れ、今後、病院勤務医の負担を軽くできると考える。また連携パスを使用することで、患者さんから「病院から追い出された」といった不満が減り、「退院しても急性期病院とはちゃんとつながっている」という安心感を患者さんやご家族に持ってもらえることができ、退院後の転帰が確認しやすくなり、脱落患者の減少につながると考える。診療所のメリットとしては、連携パスを使用することで、今まで以上に急性期病院との密接な連携体制が構築できた。治療法は年々進歩し、新しい薬が使用されることも多くなっているが、日々勉強して努力をしても一般診療所では十分な対応が困難である。この連携パスの作成・運用のための勉強会を通じて、新しい知識や技術を得て、急性期病院の専門医と“顔の見える関係”が作れた。また連携パスには、必要なチェック項目や血液検査、急性期病院への次回受診の日程などが記載されており、自分の専門領域以外の疾患においても安心して医療を継続でき、経過中の見落としや検査の脱落を防ぐことが出来ると考える。

このようなメリットがある連携パスだが、四日市医師会では平成20年末から連携パスの作成に向けて専門分野別に10のワーキング・グループ（以下、WG）を設定して準備を進めてきた。

WG1は大腿骨頸部骨折、WG2は神経内科領域で脳卒中、認知症、神経難病、WG3は急性心筋梗塞、WG4はCKD、WG5は乳がん、WG6は呼吸器領域でCOPD、喘息、肺がん、WG7は消化器がんで胃がん、大腸がん、肝臓がん、WG8はC型肝炎、WG9は糖尿病、WG10は前立腺がんの10のWGを設定した。

連携パスを作成するにあたり、まず各WGに各急性期病院より専門医を推薦してもらい、そして、その専門医より既に病診連携がとれている開業医を指名してもらい、各WG毎に約10名弱の中核（コア）となるメンバーを決定した。このコアとなるメンバーにて、連携パスの原案（ひな型）の作成を行い、既存の大腿骨頸部骨折と脳卒中の他に、すでに認知症、急性心筋梗塞、乳がん、COPD、胃がん、大腸がん、肝臓がん、C型肝炎の8つの連携パスが完成し（平成20年11月末現在）、これらの一部では試用が始まり、CKD、肺がん、糖尿病、前立腺がんの連携パスも準備に入っている。

各WGでは、診療ガイドラインに基づき、四日市地区の標準医療を定め、四日市地区の医療資源に照らし合わせて、施設間の役割分担を明確にし、がんなどではステージなどの適応基準を決め、記載項目の設定を行った。この様に沢山の連携パスが出来上がってきているが、それぞれ記載方法や

体裁が異なると、利用する医師が混乱するため、煩雑な内容は極力避け、記載方法や運用のルールは出来るだけシンプルにし、全ての連携パスのフォーマットを統一することをコンセプトに作成を行っている。

患者氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 (明治 大正 昭和 平成) ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳
術前体重

手術日 平成 ____年 ____月 ____日

退院日 平成 ____年 ____月 ____日

手術施行病院 県立 市立 社保 担当医 _____ ID (_____)

かかりつけ医 _____ 担当医 _____ ID (_____)

手術情報 平成 ____年 ____月 ____日

stage分類 組織型

胃切除内容 リンパ節郭清 再建法

幽門側胃切除術 D3 Billroth I 法

噴門側胃切除術 D2 Billroth II 法

胃全摘術 D1+B Roux-Y法

その他 D2+ α その他

申し送り事項

緊急腹部症状(その他 _____)があれば連携病院に連絡して下さい。

		退院時	紹介時	2～3ヶ月	4～5ヶ月	6～7ヶ月	10～11ヶ月	12ヶ月
受診医療機関		手術施行病院	手術施行病院	かかりつけ医	かかりつけ医	手術施行病院	かかりつけ医	手術施行病院
予定日			平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
実施日		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
症状	悪心、嘔吐	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	食欲不振	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	イレウス症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ダンピング症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体重(Kg)								
検査	血液検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	腫瘍マーカー							
	()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	US			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	CT					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
胃内視鏡検査								<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
治療	TS-1 ()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	内服薬 (一般薬)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	白血球血小板減少	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
副作用	貧血	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	肝機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	口内炎	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	下痢症状	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項								

*「その他」の欄には具体的な内容を記載して下さい

* 検査・治療について実施時期・継続期間等について具体的に指示して下さい

四日市医師会 病診連携パス 乳がん術後

患者氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 (M T S H) ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体表面積 _____ m² 閉経 (前・後) (自然閉経 人工的)

術後診断 右() 左() T() N() M() stage()

手術日 平成 ____年 ____月 ____日

手術 乳房部分切除 乳房切除
腋窩リンパ節郭清 センチネルのみ 検索なし

病理 組織型 () 浸潤径()cm n(/) NG() LVI() Ki67(%)

リスク分類 low intermed high

ホルモン感受性 + ± - ER() PgR()

HER2 + - 0 1+ 2+ 3+ Fish + -

術後放射線 なし 温存乳腺 鎖骨上 胸壁 腋窩

術後化学療法 なし あり() × () コース (/ /) ~ (/ /)

術後治療 アリミデックス フェマーラ アロマシン ノルパデックス タスオミン

開始日(/ /) 終了予定日(/ /)

ゾラデックス リュープリン4W リュープリン12W

開始日(/ /) 終了予定日(/ /)

術前治療 なし ホルモン 化学療法

骨塩定量 T() Z() 投薬 なし あり()

既往歴 なし あり()

急性期病院 県立 市立 社保 担当医 _____ ID(_____)

かかりつけ医 _____ 担当医 _____ ID(_____)

申し送り事項

() があれば急性期病院に連絡して下さい

術後1年目										
		退院時	紹介時							1年
受診医療機関		病院	病院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院
予定日			平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
実施日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	平成 年 月 日
再発所見	リンパ節									
	胸壁									
	息切れ									
	骨痛									
副作用	関節痛									
	ホットフラッシュ									
	注射部位									
	せき									
後遺症	リンパ浮腫									
	痛み									
	しびれ									
治療										
検査	CEA CA15-3									
	腹部CT・腹部エコー									
	胸部CT・胸部XP									
	マンモ・エコー									
	骨シンチ									
	骨密度									
連絡事項										

術後2年目以降									
受診医療機関(急性期orかかりつけ)		□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院	□病院□医院
予定日		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
実施日		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
再発所見	リンパ節								
	胸壁								
	息切れ								
	骨痛								
副作用	関節痛								
	ホットフラッシュ								
	注射部位								
	せき								
後遺症	リンパ浮腫								
	痛み								
	しびれ								
治療									
検査	CEA・CA15-3								
	腹部CT・エコー								
	胸部CT。胸部XP								
	マンモ・エコー								
	骨シンチ 骨密度								
連絡事項									

四日市医師会 病診連携パス 糖尿病

患者氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 (明治 大正 昭和 平成) ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳
 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ (20歳頃の体重 _____ kg ピーク体重 _____ kg)

糖尿病担当病院 県立 市立 社保 担当医 _____ ID(_____)

かかりつけ医 _____ 担当医 _____ ID(_____)

併存症

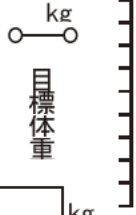

	担当病院	担当医
<input type="checkbox"/> 増殖性網膜症		
<input type="checkbox"/> 腎不全		
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患		
<input type="checkbox"/> 脳血管障害		
<input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症		

生活習慣 { 職業: 軽労働 / 重労働 / 交替勤務
 アルコール(_____) _____ 本 / 日
 タバコ: _____ 本 / 日

推定発症年令 _____ 才

治療歴 { 糖尿病教育入院(_____ 年頃)
インスリン導入 (_____ 年頃)
自己血糖測定(機種 _____)

次回受診のタイミングなど申し送り事項

医療機関名																	
H ____ 年																	
月 / 日		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
体重 kg  目標体重 <input type="text"/> kg	HbA1c %  目標範囲																
検査	(空腹時血中CPR)																
	尿中アルブミン 又は (尿中蛋白)																
査	その他、画像など																
	実施した検査																
療	食事 ____ kcal/日																
	SU()																
	グリニド()																
	ビグアナイド()																
	アクトス																
	インスリン(製剤名)単位																
	朝() 昼() 夕() 眠()																
その他の薬剤																	
備考欄																	

四日市医師会 病診連携パス 急性心筋梗塞

患者氏名 _____ 性別 男 女 生年月日 (明治 大正 昭和 平成) ____年 ____月 ____日 年齢 ____歳

身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____ 腹囲 _____ cm

入院日 平成 ____年 ____月 ____日

冠動脈造影(____年 ____月 ____日)

退院日 平成 ____年 ____月 ____日

急性期病院 県立 市立 社保 担当医 _____ ID(_____)

かかりつけ医 _____ 担当医 _____ ID(_____)

初回/再発 初回 再発

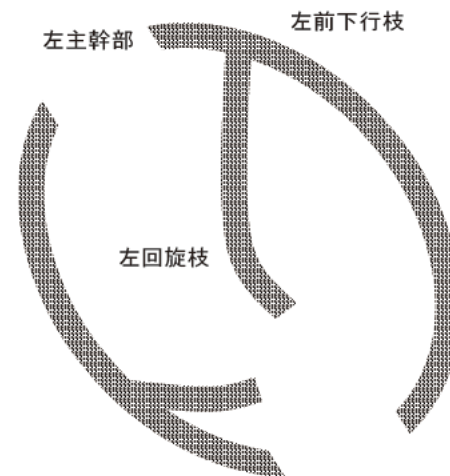
動脈硬化危険因子 高血圧症 脂質異常症 糖尿病 メタボリックシンドローム

喫煙 家族歴 その他(_____)

検査 最大CK値 _____ IU/L 左室駆出分画 _____ %

血行再建術 ステント (薬物溶出 非薬物溶出) 血栓吸引術 血栓溶解術 その他(_____)

合併症 心不全 不整脈 その他(_____)



申し送り事項

胸部症状(その他 _____)があれば急性期病院に連絡して下さい

		退院時	紹介時	2～3ヶ月	4～5ヶ月	6～9ヶ月	10～12ヶ月	13ヶ月～
受診医療機関		急性期病院	急性期病院	かかりつけ医	かかりつけ医	急性期病院	かかりつけ医	かかりつけ医
予定日			平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
実施日		平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
症状 その他	胸痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	動悸	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	息切れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
血圧(mmHg)		/	/	/	/	/	/	/
体重(Kg)								
検査 その他	血液検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	心電図	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
						<input type="checkbox"/> 冠動脈造影	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影	<input type="checkbox"/> 冠動脈造影
						<input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> 核医学	<input type="checkbox"/> 冠動脈CT <input type="checkbox"/> 核医学
治療 その他	プラビックス()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	アスピリン()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	ARB/ACE-I()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	スタチン()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	β遮断薬()	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
特記事項								

*「その他」の欄には具体的な内容を記載して下さい

*検査・治療について実施時期・継続期間等について具体的に指示して下さい

【患者氏名】 _____ 【性別】 男 女 【生年月日】 (明治 大正 昭和 平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

【身長】 _____ cm 【体重】 _____ kg 【BMI】 _____ 【発症】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

は、該当する場合「レ」を入れてください

【 初回受診医療機関 】

かかりつけ医 医療機関名称 _____ 担当医 _____ ID _____

急性期医療機関 医療機関名称 _____ 担当医 _____ ID _____

【 併存症 】

高血圧症 糖尿病 前立腺肥大症 緑内障 虚血性心疾患 骨粗鬆症

骨格筋機能障害 消化器疾患 抑うつ その他 (_____)

【 喫煙状況 】

喫煙 (_____ 本/日 _____ 年間) 禁煙 (_____ 才まで _____ 本/日 _____ 年間) 非喫煙

【 肺炎球菌ワクチン接種 】

済 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 接種なし

【 身体障害者申請 】

済 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) _____ 級取得 申請なし

【 在宅酸素療法導入 】

済 (平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 未導入 取扱事業者 _____ TEL (_____) _____

【 訪問看護事業所 】

事業所名 _____ TEL (_____) _____

【 訪問リハビリ事業所 】

事業所名 _____ TEL (_____) _____

【 備考欄 】 特記事項 メッセージなど

COPD病期	定 義
I 期(軽症)	一秒率70%未満かつ1秒量が正常値の80%以上
II 期(中等症)	一秒率70%未満かつ1秒量が正常値の50%以上80%未満
III 期(重症)	一秒率70%未満かつ1秒量が正常値の30%以上50%未満
IV 期(最重症)	一秒率70%未満かつ1秒量が正常値の30%未満、あるいは1秒量が正常値の50%未満で慢性呼吸不全を合併

MRC息切れスケール	定 義
Grade 0	息切れを感じない
Grade 1	強い労作で息切れを感じる
Grade 2	平地を急ぎ足で移動する、または緩やかな坂を歩いて登るときに息切れを感じる
Grade 3	平地歩行でも同年齢の人より歩くのが遅い、または自分のペースで平地歩行していても息継ぎのために休む
Grade 4	約100ヤード(91.4m)歩行した後息継ぎのため休む、または数分間、平地歩行したあと息継ぎのため休む
Grade 5	息切れがひどくて外出ができない、または衣服の着脱でも息切れがする

バースタート		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
受診医療機関		かかりつけ医		急性期医療機関		かかりつけ医		急性期医療機関		かかりつけ医		急性期医療機関			
経過		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日		平成 年 月 日			
達成目標	労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	服薬	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可		
	日常生活が出来る	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可		
	喫煙状況	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙	<input type="checkbox"/> 喫煙	<input type="checkbox"/> 禁煙		
MRC息切れスケール															
体重 (kg)		Kg		Kg		Kg		Kg		Kg		Kg			
検査	Sp O2	室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min			
		%		%		%		%		%		%			
	動脈血液ガス分析	室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min		室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 ℓ/min	
		PH		PH		PH		PH		PH		PH		PH	
		PaCO2 (torr)		PaCO2 (torr)		PaCO2 (torr)		PaCO2 (torr)		PaCO2 (torr)		PaCO2 (torr)		PaCO2 (torr)	
		PaO2 (torr)		PaO2 (torr)		PaO2 (torr)		PaO2 (torr)		PaO2 (torr)		PaO2 (torr)		PaO2 (torr)	
		スパイロメーター		スパイロメーター		スパイロメーター		スパイロメーター		スパイロメーター		スパイロメーター		スパイロメーター	
		FVC		FVC		FVC		FVC		FVC		FVC		FVC	
		FEV1.0		FEV1.0		FEV1.0		FEV1.0		FEV1.0		FEV1.0		FEV1.0	
FEV1.0%		FEV1.0%		FEV1.0%		FEV1.0%		FEV1.0%		FEV1.0%		FEV1.0%			
%FEV1.0		%FEV1.0		%FEV1.0		%FEV1.0		%FEV1.0		%FEV1.0		%FEV1.0			
胸部CT所見		胸部CT所見		胸部CT所見		胸部CT所見		胸部CT所見		胸部CT所見		胸部CT所見			
		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
胸部X線写真所見	胸部X線写真所見		胸部X線写真所見		胸部X線写真所見		胸部X線写真所見		胸部X線写真所見		胸部X線写真所見		胸部X線写真所見		
	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		
	肺性心		肺性心		肺性心		肺性心		肺性心		肺性心		肺性心		
<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
治療	抗コリン剤	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	吸入ステロイド	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	経口ステロイド	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	LABA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	SABA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	テオフィリン製剤	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	去痰剤	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
	その他														
	インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
	呼吸リハビリテーション	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
COPD病期	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		
バリアンス	<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> ()		
在宅酸素投与量(ℓ/min)	安静 , 労作 , 就寝		安静 , 労作 , 就寝		安静 , 労作 , 就寝		安静 , 労作 , 就寝		安静 , 労作 , 就寝		安静 , 労作 , 就寝		安静 , 労作 , 就寝		
要介護度															
特記事項															