

# 新潟COPDリンク 連携ファイル

【お問い合わせ先】  
かかりつけ医：

新潟COPDリンク 登録事務局

国立病院機構 西新潟中央病院 地域医療連携室

〒950-2085 新潟市西区真砂1-14-1

TEL：025-267-4314 Fax：025-267-4315

## COPDリンク 登録情報

		エントリー日	年	月	日
		施設ID番号			
フリガナ		リンクID番号			
氏名		事務局への登録	<input type="checkbox"/>		
発見動機	<input type="checkbox"/>		検診機関		
	<input type="checkbox"/>		自覚症状		
	<input type="checkbox"/>		他疾患のフォローアップ		
	<input type="checkbox"/>		その他		
	<input type="checkbox"/>		不明		
生年月日	年	月	日(才)	性別	男・女
身長	cm			体重	kg
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 非喫煙	<input type="checkbox"/> 過去喫煙 (才 ~ 才)	<input type="checkbox"/> 現喫煙	本/day)	
併存症	<input type="checkbox"/> 心疾患	( )			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	( )			
	<input type="checkbox"/> 高血圧症	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 糖尿病		
	<input type="checkbox"/> 抑うつ	<input type="checkbox"/> 胃食道逆流症	<input type="checkbox"/> 気管支喘息		
	<input type="checkbox"/> その他( )				
症状	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 痰	<input type="checkbox"/> 労作時呼吸困難	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 症状なし
肺機能	FVC	L	FEV1	L	FEV1% % FEV1 %
病期 (JRS)	<input type="checkbox"/> I期	<input type="checkbox"/> II期	<input type="checkbox"/> III期	<input type="checkbox"/> IV期	
COPD 治療薬	<input type="checkbox"/> LAMA	<input type="checkbox"/> LABA	<input type="checkbox"/> ICS+LABA	<input type="checkbox"/> LAMA+LABA	<input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> ICS	<input type="checkbox"/> その他( )			
HOT	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	安静時	L/min	労作時 L/min
	メーカー				

CAT		点	検査日	年	月	日
mMRC	0	1	2	3	4	検査日 年 月 日
フレイルスコア		点	検査日	年	月	日

## COPDリンク 診療経過

ID番号

インフルエンザワクチン実施(未 / 済 : 実施日 )

肺炎球菌ワクチン実施(未 / 済 : 実施日 )

日付	年						
禁煙	症状	咳・痰・呼吸困難	咳・痰・呼吸困難	咳・痰・呼吸困難	咳・痰・呼吸困難	咳・痰・呼吸困難	咳・痰・呼吸困難
出来ている		他( )	他( )	他( )	他( )	他( )	他( )
出来ていない		<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし
年齢	CAT						
歳	mMRC						
身長	フレイルスコア						
cm	体重(kg)						
	歩数(歩/日)						
SpO <sub>2</sub> (O <sub>2</sub> )		( )	( )	( )	( )	( )	( )
診察所見		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療変更	薬剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HOT/NPPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
増悪	外来	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸機能	VC(%VC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	FEV1(%FEV1)	( )	( )	( )	( )	( )	( )
検査・画像		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
リハビリ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6MD(距離)							
自由記載欄							
記入者名							

# 吸入指導依頼・結果報告書

依頼医師名 \_\_\_\_\_

 新規処方

 継続処方

<b>【依頼内容】</b> <input type="checkbox"/> 吸入手技について <input type="checkbox"/> アドヒアランスについて <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> SABA(アシストユース) <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食事時 <input type="checkbox"/> 外出時 <input type="checkbox"/> 坂道・階段 <input type="checkbox"/> 入浴時 <input type="checkbox"/> その他( )	<b>【疾患】</b> <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 咳喘息 <input type="checkbox"/> その他( ) <b>【症状コントロール】</b> ( 普通 ・ やや不良 ・ 不良 )
---	--

吸入手技	初回	3ヶ月	6ヶ月	薬の理解	初回	3ヶ月	6ヶ月
指導日				指導日			
薬の準備				薬品名が言える			
息吐き				薬効がわかる			
吸入				用法・容量			
息止め				保存方法			
後片付け				うがいの必要性			
うがい				※評価方法 : ○できる △確認必要 ×できない ※評価期間は目安			

<薬剤師 → 医師へコメント>

<b>初回</b>		<b>薬剤師 署名</b>
	処方変更の必要性; 有 ・ 無    継続指導の必要性; 有 ・ 無	日付
<b>3ヶ月</b>		<b>薬剤師 署名</b>
	処方変更の必要性; 有 ・ 無    継続指導の必要性; 有 ・ 無	日付
<b>6ヶ月</b>		<b>薬剤師 署名</b>
	処方変更の必要性; 有 ・ 無    継続指導の必要性; 有 ・ 無	日付

## 呼吸ケア 通信記録

年 月 日 ~

スタッフ通信欄	ご自分の伝えたいこと

)

)

患者ID:

記入日:

年 月 日

COPDアセスメントテスト(CAT)								記入欄
まったく咳が出ない	0	1	2	3	4	5	いつも咳が出ている	
まったく痰がつまった感じがしない	0	1	2	3	4	5	いつも痰がつまっている感じがする	
まったく息苦しくない	0	1	2	3	4	5	非常に息苦しい	
坂や階段をあがっても息切れがしない	0	1	2	3	4	5	坂や階段を上ると非常に息切れがする	
家での普段の生活が制限されることはない	0	1	2	3	4	5	家での普段の生活が非常に制限される	
肺の状態を気にせずに外出できる	0	1	2	3	4	5	肺の状態が気になって外出できない	
よく眠れる	0	1	2	3	4	5	肺の状態が気になってよく眠れない	
とても元気だ	0	1	2	3	4	5	まったく元気がない	

総合点

mMRC質問票 (今の状態にあてはまるものを1つ選んでください)		チェック欄
Grade 0	激しい運動をした時だけ息切れがある	
Grade 1	平坦な道を早足で歩く、あるいは穏やかな上り坂を歩く時に息切れがある	
Grade 2	息切れがあるので、同世代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある	
Grade 3	平坦な道を約100mあるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる	
Grade 4	息切れがひどく家から出られない あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある	

フレイルスコア	チェック欄
椅子に座った状態から何にもつかまらずに立ち上がっていますか？	はい(0) いいえ(1)
週に1回以上は外出していますか？	はい(0) いいえ(1)
以前と比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？	はい(1) いいえ(0)
6ヶ月で2~3kgの体重減少がありましたか？	はい(1) いいえ(0)
5分前のことが思い出せますか？	はい(0) いいえ(1)
(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	はい(1) いいえ(0)

2点以上でフレイル、1点でプレフレイル