

愛知県アレルギー疾患医療拠点病院の診療連携体制に関する調査票

病院 _____

平成30年4月1日～平成31年3月31日の間の状況をお答えください。

1 紹介を受けたアレルギー疾患患者について、病院、診療所及び拠点病院別に、医療機関が所在する市町村ごと、紹介を受けた診療科ごとに人数を記載してください。

【人】

紹介元医療機関	医療機関の所在地	紹介を受けた診療科						
		内科	呼吸器内科	小児科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	アレルギー科
病院	1. ○○市							
	2. ○○町							
	3. ○○村							
	4. 県外							
診療所	1. ○○市							
	2. ○○町							
	3. ○○村							
	4. 県外							
拠点病院	名古屋大学医学部附属病院							
	名古屋市立大学病院							
	愛知医科大学病院							
	藤田医科大学病院							
	藤田医科大学ばんだね病院							
	あいち小児センター							

※アレルギー疾患医療拠点病院へ調査依頼する際には、医療機関の所在地及びアレルギー疾患患者の居住地欄に愛知県内54市町村名を入力したものを送付します。

2 紹介を受けたアレルギー疾患患者について、患者が居住する市町村ごと、紹介を受けた診療科ごとに人数を記載してください。

【人】

患者の居住地	紹介を受けた診療科						
	内科	呼吸器内科	小児科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	アレルギー科
1. ○○市							
2. ○○町							
3. ○○村							
4. 県外							

3 逆紹介を行ったアレルギー疾患患者の人数を記載してください。

_____ 人

注意事項

- ※1 必要に応じて行を追加してください。
- ※2 別記ICD10コードの患者について記入してください。
- ※3 愛知県外については「県外」として一つにまとめて記入してください。