診療情報提供書（乾癬地域連携パス用）

年 月 日

紹介先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元

市立四日市病院

皮膚科

医療機関名

先生机下　 　所在地

医師名

TEL/FAX

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | 性別 | 法別番号 | 生年月日 | | |
|  | 男・女 |  | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ  年　　月　　日生（　　　歳） | | |
| 紹介目的：１．乾癬の診断と治療　２．生物学的製剤の導入（導入経験 有・無）　３．その他( ) | | | | | |
| 既往歴及び合併症  １．関節炎　２．糖尿病　３．高血圧　４．脂質代謝異常  ５．悪性腫瘍　６．肝炎（B型・C型、治療済・未治療）　　　　　７．結核　８．その他（　　　　　　　） | | | | 重症度 | 軽症・中等症・重症 |
| 来院時の症状  １．皮疹　２．関節症状　３．爪症状あり  ４．ＱＯＬの悪化 （ 例：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ５．その他　　 　（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 現在の治療  外用剤（ビタミンＤ３外用・副腎皮質ホルモン外用）　 免疫抑制剤（シクロスポリンなど）  アプレミラスト　 エトレチナート　 ＭＴＸ　  ＮＢ－ＵＶＢ　  ＰＵＶＡ   * 顆粒球単球吸着除去療法 | | | | | |
| 乾癬を疑う現在の症状  いつ頃から⇒　 ０～５年　 ６～１０年　 １１～２０年　 ２１～３０年　 ３１年以上  どんな症状⇒　 紅斑あり　 浸潤あり　 鱗屑あり　 皮疹あり　 関節痛あり  ＱＯＬの悪化（ 例：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 添付資料（お薬手帳のコピー、検査値等） | | | | | |
| その他、何かございましたらご記載ください | | | | | |