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 |