診療情報提供書（関節リウマチ診療連携用） 令和　 　年　　月　　日記載

地域医療連絡室を通じて予約される際は，受診日までに診療予約申し込み書と共に本シートを送信（FAX: 0743-77-0902）して下さい．予約されずに来院される際は，本シートを持参させて下さい．

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望診療科  医師名 | | | 【整形外科・リウマチ科】【膠原病内科】  　　　　　　　　　　外来担当医　・　　　　　　　　　　　　　　　　　　 宛 | | | | | | | |
| 紹介元医療機関名: 医師:  　　　　　　　　　　　　　先生 | | | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | 性別  　男・女 | 生年月日  T / S / H　　 年　　月　　日 | | | | 年齢  　　　　 歳 |
| 身長  　　　　cm | | | | 体重  　　　　kg | 喫煙歴　無 ・ 有（有の場合，　　歳から約　　　年間，現在は　無　・　有　） | | | | 飲酒歴　無 ・ 有  　現在は　無　・　有 | |
| 傷病名 | 関節リウマチ | | | | | | Stage　I・II・III・IV | | Class　I・II・III・IV | |
| 発症時期　S / H / R　　 年　 　月頃・不詳 | | | | | | | | 診断時期S / H / R　　 年 　　月頃・不詳 | | |
| 紹介目的 | | 分子標的治療薬の導入・その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 導入を希望する分子標的治療薬名（外来担当医に一任・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 家族歴 | | 関節リウマチを含む膠原病他：不詳・無・有（　　　　　　　　　　　　　　　 　）  結核：不詳・無・有（　　　　　　　　　）肝炎：不詳・無・有（　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 既往歴  (時期)  および  合併症  肺炎球菌ワクチン | | 肺炎，結核など肺疾患： 不詳 ・ 無 ・ 有 （　　　　　　 　 　　　　　　　　　　 ）  肝炎など肝疾患：不詳 ・ 無 ・ 有（　　　　　　 　　　 　 　　　　　　　　　　 ）  腎疾患：不詳 ・ 無 ・ 有（　　　　　　　　　 　　　　 　 　　　　　　　　　 ）  悪性腫瘍：不詳 ・ 無 ・ 有（　　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　 ）  その他（感染症など）：不詳 ・ 無 ・ 有（　　　 　　　　 　　　　　　　　　 ）  肺炎球菌ワクチン接種：不詳 ・ 無 ・ 有（時期　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 妊娠等 | | 女性：挙児の希望　不詳・無・有，男女：妊娠計画　不詳・無・有（　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 手術歴 | | 人工関節　無　有（　　　　　　　　），その他（　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 現病歴（投薬状況他）： | | | | | | | | | | |
| 検査結果 | | コピーで結構です（CRP, RF，抗CCP，MMP-3，肝炎，KL-6，β-D，QFT or T-spot他） | | | | | | | | |
| 現在の処方 | | | コピーあるいはお薬手帳の持参をご指示下さい． | | | | | | | |
| 導入後の連携形態の希望（○を記入して下さい．の場合，リウマチ管理ノートで連携予定）  （　　）自院でのその後の治療はしない（近大奈良から逆紹介先として他院への紹介を了承）  （　　）導入後，皮下注のみ自院で可能だが，定期検査・バックアップは近大奈良で  （　　）導入後，皮下注•静注ともに自院で可能だが，定期検査・バックアップは近大奈良で  （　　）導入のみ近大奈良で行い，その後は全て自院で行う  （　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| の場合，自院で皮下注製剤の処方は， 　可能 ・ 不可能 | | | | | | | | | | |