

C票

## リウマチ患者 診療情報提供書

紹介状作成日 年 月 日

(逆紹介)

医療機関名		⇒	医療機関	
主治医				科
電話				先生御侍史
FAX				

下記患者様について受入の可否をご回答願います。

氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生( )歳
診断1	<input type="checkbox"/> 関節リウマチ stage( ) class( )	診断2	
(処方内容)		(手術歴)	
<input type="checkbox"/> PSL mg/day (換算) <input type="checkbox"/> MTX mg/week <input type="checkbox"/> その他のDMARDS、NSAIDSなど <input type="checkbox"/> 生物学的製剤		<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節(右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左) <input type="checkbox"/> その他の手術	
		(併用療法) … 関節注射、リメタゾンなど	
(合併症) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		(既往歴) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(依頼内容)			
<input type="checkbox"/> 内服のみで比較的良好にコントロールされているので、引き続き投薬をお願いします。 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤での治療は当院で行いますので、投薬を主とした治療をお願いします。 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤の導入後は良好なので、引き続き生物学的製剤を含め治療をお願いします。 <input type="checkbox"/> 手術後の経過は問題なく、術後定期フォロー以外は貴院での治療をお願いします。 <input type="checkbox"/> なお、( )か月に1度、(評価・治療)のために当院を再診して頂く予定です。 <input type="checkbox"/> その他			
		備考	

返信欄(かかりつけ医療機関使用欄)	回答日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 受け入れ可能です。 <input type="checkbox"/> 受け入れ不可です。	備考	

神戸市医師会標準様式