

リウマチ連携シート（医師用）

リウマチ専門医(紹介先医療機関)	
医療機関名	高槻赤十字病院 整形外科
所在地	高槻市阿武野1丁目1番1号
医師名	小田 幸作
連絡先	TEL:072-696-0571 (代表) FAX:072-695-0054 (地域連携室)

かかりつけ医(紹介元医療機関)	
医療機関名	
所在地	
医師名	
連絡先	
TEL:	FAX:

平素より大変お世話になっております。
以下の目的で患者さんをご紹介します。宜しくお願い致します。

かかりつけ医(紹介元医療機関)記入欄(記入日: 年 月 日)			
患者様氏名 <small>ふりがな</small>		性別	生年月日
		男・女	大・昭・平 年 月 日
傷病名	関節リウマチ / 関節リウマチの疑い	関節リウマチ診断日	年 月 ・ 不明
紹介目的			
<input type="checkbox"/> リウマチの診断（鑑別診断） <input type="checkbox"/> リウマチ炎症のコントロール、薬物療法の選択（DMARD通常量を3カ月以上継続して使用してもコントロール不良の場合） <input type="checkbox"/> 定期的検査 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤の適応検査 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤の導入依頼（※1、※2） （希望する製剤： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
（※1）生物学的製剤導入後の連携形態の希望			
<input type="checkbox"/> 導入後、診療及び生物学的製剤の投与は自院で行うが、定期検査及び緊急時の副作用対応等を紹介先施設に依頼する <input type="checkbox"/> 生物学的製剤による治療は、紹介先施設に依頼する（紹介先施設から、かかりつけ医として、他院への紹介を了承する） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
（※2）皮下注射製剤で患者理由にて自己注射が不可能な場合、自院での通院注射が可能か否か			
<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
備考 ※詳細な検査結果は、診療情報提供書を参照下さい。			

ご紹介頂きました内容に関し、診療情報提供書にてご返答致します。宜しくお願い致します。

※患者さんに、診療情報提供書と一緒に当「リウマチ連携シート(医師用)」及び「リウマチ連携シート(患者用)」をお渡し下さい。