

リウマチ連携シート（患者用）

《メッセージ欄》

当院では、患者さんに『よりよい治療』を受けて頂く為に、リウマチ専門医と連携を取りながら診療を行っております。当『リウマチ連携シート』を活用し、当院とリウマチ専門医が協力してあなたの治療を行います。

今回、下記の目的でリウマチ専門医の診察を受けて下さい。担当の先生には、こちらから連絡を入れておきます。よろしくお願いいたします。

様

かかりつけ医： _____ (診察日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

◆下記の目的で、リウマチ専門医の診察を受けて下さい。

- リウマチの鑑別診断
- 炎症のコントロール（薬物療法の選択）
- 定期検査
- 生物学的製剤の適応検査
- 生物学的製剤の導入
- その他

リウマチ専門医を受診する時には、

- ① 診療情報提供書
- ② リウマチ連携シート（患者用：当シート）
- ③ リウマチ連携シート（医師用）

を必ずお持ち下さい。
全て主治医、看護師が事前にお渡します。



リウマチ専門医

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
担当医：小田 幸作
連絡先：072-696-0571(代表)

かかりつけ医の先生から頂いた紹介内容を元に、診察を行います。
主に、下記の検査を行う場合があります。検査等については、実施前に主治医より説明があります。

- ◆血液検査
- ◆画像診断
- ◆関節の状態（腫れ・痛み） 他、必要な検査を実施します。

検査結果をもとに、患者さんと一緒に治療方法を検討します。
かかりつけ医の先生にも結果をお伝えします。

_____ 様 の今後の治療について(記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※当院では、病状が落ちついたら、かかりつけ医に治療継続をお願いしています。
ご理解・ご協力をお願いいたします。

