

A1 依頼書

リウマチ患者 診療情報提供書

紹介状作成日 年 月 日

かかりつけ医療機関	
医療機関名	
主治医	
電話	
FAX	

⇒

紹介先医療機関	
医療機関名	宮崎大学医学部附属病院
診療科	整形外科
主治医	リウマチ担当医

下記患者様をご紹介します。

氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所			電話番号	
宮崎大学医学部附属病院の受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			携帯番号	

(紹介理由)

- 関節リウマチの疑いがあります
- 関節リウマチのコントロールが十分ではありません
- 生物学的製剤導入前のスクリーニング検査をお願いします
- その他

紹介理由:

--

当院の経過
発症日
診断確定日
投与薬の経過

副作用		合併症及び治療薬	
アレルギー		特記事項	
依頼内容		<p>当院で可能な治療</p> <p><input type="checkbox"/> 関節リウマチに関する診療全般をお任せします</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の対応が可能ですので、貴院と連携し治療します</p> <p><input type="checkbox"/> MTXを含めた抗リウマチ薬の投与</p> <p><input type="checkbox"/> 生物学的製剤の導入・治療</p> <p><input type="checkbox"/> 症状が安定していれば生物学的製剤の継続処方</p> <p><input type="checkbox"/> 点滴静注・皮下注 <input type="checkbox"/> 皮下注のみ</p> <p><input type="checkbox"/> 合併症が安定すれば以後当院で治療を継続します</p>	