

紹介状（アトピー性皮膚炎地域連携パス用）

年 月 日

紹介先

北野病院

皮膚科

先生机下

紹介元

医療機関名 _____

医師名 _____

TEL/FAX _____

患者氏名	性別	生年月日
	男・女	M・T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）

既往歴及び合併症

☐ アレルギー疾患

（食物アレルギー・気管支喘息・アレルギー性鼻炎・結膜炎）

☐ 眼合併症（眼瞼炎・角結膜炎・白内障・緑内障など） ☐ うつ ☐ その他⇒_____

アトピー性皮膚炎を疑う現在の症状

いつ頃から⇒☐ 0～5年 ☐ 6～10年 ☐ 11～20年 ☐ 21～30年 ☐ 31年以上

どんな症状⇒☐ 掻痒 NRSもしくはVAS：____

☐ 湿疹病変 EASI：____

☐ QOLの悪化

☐ その他（ _____ ）

現在の治療

☐ 外用剤

薬剤名：____、使用期間：_____

☐ 内服薬

抗ヒスタミン薬、抗アレルギー薬の薬剤名：____、使用期間：_____

☐ 抗炎症内服薬

シクロスポリン・ステロイド内服：薬剤名____、使用期間：_____

経口JAK阻害薬：薬剤名____、使用期間：_____

☐ 全身療法

生物学的製剤：薬剤名____、使用期間：_____

☐ NB-UVB ☐ PUVA 使用期間_____

☐ その他：_____

生物学的製剤・JAK阻害薬を北野病院で導入した場合

☐ 生物学的製剤を導入した場合

☐ 維持療法は自らの施設で生物学的製剤を使用し、アトピー性皮膚炎患者の病診連携を行いたい

☐ 維持療法においても北野病院で診てもらいたい

☐ JAK阻害薬を導入した場合

☐ 維持療法は自らの施設でJAK阻害薬を使用し、アトピー性皮膚炎患者の病診連携を行いたい

☐ 維持療法においても北野病院で診てもらいたい

当院への希望等、何かございましたらこちらにご記載ください