

紹介状（乾癬地域連携パス用）

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
☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 脂質代謝異常 ☐ うつ ☐ その他⇒_____

乾癬を疑う現在の症状
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⇒☐ 皮疹 PASI：____
☐ 関節痛 部位：____
☐ QOLの悪化
☐ その他（ _____ ）

現在の治療
☐ 外用剤（ビタミンD3外用・副腎皮質ホルモン外用・その他）
薬剤名：____、使用期間____
☐ 免疫抑制剤（シクロスポリンなど）
薬剤名：____、使用期間____
☐ アプレミラスト 使用期間____
☐ エトレチナート 使用期間____
☐ MTX 使用期間____
☐ NB-UVB ☐ PUVA 使用期間____
☐ その他 _____

現治療以外で経験したことのある治療
☐ 外用剤（ビタミンD3外用・副腎皮質ホルモン外用・その他）薬剤名：____
☐ 免疫抑制剤（シクロスポリンなど）薬剤名：____
☐ アプレミラスト ☐ エトレチナート ☐ MTX ☐ NB-UVB ☐ PUVA
☐ 生物学的製剤 ☐ TYK-2阻害薬

生物学的製剤・TYK-2阻害薬(デュークラバシチニブ)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、乾癬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
☐ TYK-2阻害薬(デュークラバシチニブ)を導入した場合
☐ 維持療法は自らの施設でデュークラバシチニブを使用し、乾癬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