

診療情報提供書（リウマチ膠原病内科）

医療法人北辰会 天の川病院

〒573-0022 大阪府枚方市宮之阪2丁目20-1

代表電話：072-847-2606
FAX：072-849-9855

リウマチ膠原病内科

宛

(依頼日 年 月 日)

施設情報	医療機関名					
	住所	〒				
	医師氏名	先生	TEL FAX			
※下記の項目は、カルテのコピーでも結構です。						
患者情報	患者氏名	ふりがな	天の川病院受診歴		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	性別	氏名	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	TEL				
	住所	〒				
	電話番号	TEL				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療方針の相談 <input type="checkbox"/> 合併症評価、感染症スクリーニング <input type="checkbox"/> 画像評価（関節エコー、MRI（単純/造影）、CT（単純/造影） <input type="checkbox"/> DXA（腰椎、大腿骨） <input type="checkbox"/> 副作用評価・対応		<input type="checkbox"/> 生物学的製剤の導入前検査 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤の導入・変更 <input type="checkbox"/> 挙児希望・妊娠前の服薬相談 <input type="checkbox"/> 周産期のフォロー <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	【検査・診断後の連携形態の希望】 <input type="checkbox"/> 検査・診断のみ天の川病院で行い、その後は全て自院（紹介元）で行う。 <input type="checkbox"/> 診断後、全ての治療は自院で行うが、定期検査、バックアップを天の川病院で行う。 <input type="checkbox"/> 診断後、膠原病に関する治療選択は天の川病院で行い、リハビリあるいは膠原病以外の投薬は自院で行う。 <input type="checkbox"/> 自院でその後の診療はしない（天の川病院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"/> その他の希望（ ）					
連携形態の希望	【生物学的製剤導入後の連携形態の希望】 ※連携を希望される方はご回答ください <input type="checkbox"/> 導入のみ天の川病院で行い、その後は全て自院（紹介元）で行う。 <input type="checkbox"/> 導入後、皮下注製剤の投与は自院で行うが、点滴製剤は天の川病院で行う。 <input type="checkbox"/> 導入後、全ての生物学的製剤の投与は自院で行うが、定期検査、バックアップを天の川病院で行う。 <input type="checkbox"/> 導入後も生物学的製剤の投与は天の川病院で行い、リハビリあるいは一般的な投薬は自院で行う。 ※患者さんが希望された場合、生物学的製剤の投与は他院への紹介を了承していただけますか？ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 自院でその後の診療はしない（天の川病院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"/> その他の希望（ ）					
	妊娠について 【現在妊娠されていますか？】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【1年以内の挙児希望はありますか？】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明					
診療情報提供	既往歴・家族歴					
	薬剤アレルギー 副作用歴					
	合併症 経過 検査結果 現在の処方 など					
	備考					