

診療情報提供書

年 月 日

国立病院機構相模原病院
リウマチ・人工関節センター

<紹介元>

内科 整形外科

医療機関名:

住所/電話/FAX:

宛

医師名:

<患者情報>

フリガナ
患者氏名 女・男 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 電話番号 ()

<病名(主訴)>

関節リウマチ (確定 ・ 疑い) その他 ()

<紹介目的> (該当するものすべてにチェックいただき、詳細については下記コメント欄にご記入ください)

- 診断の確定 精査および加療 治療難渋例・合併症の診断・評価・治療
 手術の相談(部位:) 装具の作成(部位:)
 生物学的製剤導入の適否・薬剤選択の相談 生物学的製剤導入前のスクリーニング
 生物学的製剤の導入 (皮下注射) エンブレル・ヒュミラ・アクテムラ・オレンシア・シンポニー・シムジア
(点滴) レミケード・アクテムラ・オレンシア 希望薬剤の指定なし
 治験への参加 定期診察 その他()

<その後の御希望>

- 相模原病院での継続加療を希望 上記の案件が済み次第、自施設で対応する
 上記の案件が落ち着くまで相模原病院で対応、その後は自施設での継続加療を行う

<生物学的製剤導入後に自施設で継続加療される場合>

相模原病院での定期的なフォローアップ(6カ月に一度程度)を 希望する 希望しない

<すでに実施された検査項目があれば御教示ください>

- ・結核 (年 月 日施行) ツ反・クオンティフェロン・T-SPOT → 結果 ()
・B型肝炎 (年 月 日施行) HBs抗原 (- ・ +) HBs抗体 (- ・ +) HBc抗体 (- ・ +)
・β-Dグルカン (年 月 日施行) → 結果 (- ・ +)

<これまでの経過・治療歴・既往歴・合併症・検査結果・現在の処方・その他のコメント>