

関節リウマチ 診療情報提供書

年 月 日

<紹介先> 河北総合病院 地域医療連携課 FAX 03-3339-2162 TEL 03 - 3339 - 2121(代表)	<紹介元> 医療機関名 住所 TEL FAX 医師名
--	--

(フリガナ) 患者氏名	
生年月日	年 月 日(歳) 男・女
紹介目的 (詳細は下記コメント欄にご記入ください)	☐ 確定診断 ☐ 難治例、合併症の診断・治療 ☐ 生物学的製剤導入前スクリーニング ☐ 生物学的製剤導入(自己注射・点滴) ☐ 定期検査 ☐ その他()
今後のご希望	☐ 病院での治療を希望 ☐ 病院対応後は自院で診療しその後は定期検査・バックアップを病院にて行う ☐ その他()
罹病期間	年 ヶ月
既往歴	<肝炎> ☐不明 ☐あり() ☐なし <結核治療/暴露歴> ☐不明 ☐あり ☐なし <肺病変> ☐不明 ☐あり() ☐なし <心疾患> ☐不明 ☐あり() ☐なし <薬剤アレルギー> ☐不明 ☐あり() ☐なし その他()
検査結果 服用中の薬剤	コピー、お薬手帳で結構です。
今までの治療歴・その他コメント	