**栃木県アトピー性皮膚炎　地域連携パス紹介状**

第2版

　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　男　・　女　生年月日　　　　　　年　　月　　日（　　　歳）職業：□学生　□会社員 □公務員　□自営業　□主婦　□アルバイト　□その他（　　　　　　　） |
| 紹介目的 : □ アトピー性皮膚炎の診断と治療　□ 全身療法の導入　□ その他  |
| 既往歴及び合併症：□ 喘息　□ アレルギー性結膜炎 □ その他 |
| 来院時の症状発症日：　　　　年　　　月　　　日　　　　　　初診日：　　　　年　　　月　　　日　　 |
| TARC　　　　　　　　　pg/ml | 非特異的IgE　　 　　　　IU/ml | POEM(0～28)　　　　　　点 |
| 現在の治療 | 薬剤名　　　　　　　　　　 | 用量　　　　 | 治療期間 |
| 抗炎症外用剤（ステロイド） |  | g/月 | 　　　　ヶ月 |
| 抗炎症外用剤（プロトピック） |  | g/月 | 　　　　ヶ月 |
| ステロイド経口薬 |  | mg/日 | 　　　　ヶ月 |
| 免疫抑制剤 |  | mg/日 | 　　　　ヶ月 |
| その他 |  |  |  |
| 総合病院に紹介した後、* 逆紹介での治療を希望します。
* 総合病院での治療継続を希望します。
* 総合病院と自施設での併診を希望します。
	+ 3ヵ月に一回は総合病院にて状態を確認、治療主体は自院で行うことを希望します。
	+ 総合病院にて生物学的製剤など投薬を行い、治療の主体は総合病院、フォローを自施設で行う事を希望します。
* 患者の希望　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 備考 |

POEM問診票



紹介元施設名：

医師名：

住所：

連絡先：