**診療情報提供書(乾癬地域連携パス用)**

静岡済生会総合病院

皮膚科　担当医　御机下

　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話・FAX番号

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | （ 　男 　・ 　女　 ） |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　日生　(　　　　　歳) |
| 疾患名 | 尋常性乾癬・膿疱性乾癬・関節症性乾癬 |
| 紹介目的 | □ 分子標的薬 ( 注射剤・内服剤 ) 導入希望  □ 関節症状の評価  □ 分子標的薬導入に関するセカンドオピニオン |
| 費用に関する  事前説明 | □ おおよその治療費が理解されている  □ 未説明で病院に説明を依頼したい  □ その他( ) |
| 導入に対する  患者の姿勢 | □ 導入に前向き  □ 保留、病院の説明を聞いて決めたい  □ 前向きではないが主治医として強く勧めたい |
| 紹介後の希望 | □ 症状が落ち着いてから戻し紹介  □ 採血でのモニタリングはクリニックで行う  □ モニタリングは病院に依頼  □ その他 |