**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 　　　　　　  |