

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	<input type="checkbox"/> 分子標的薬 (注射剤・内服剤) 導入希望 <input type="checkbox"/> 関節症状の評価 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> おおよその治療費が理解されている <input type="checkbox"/> 未説明で病院に説明を依頼したい <input type="checkbox"/> その他()
導入に対する 患者の姿勢	<input type="checkbox"/> 導入に前向き <input type="checkbox"/> 保留、病院の説明を聞いて決めたい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 症状が落ち着いてから戻し紹介 <input type="checkbox"/> 採血でのモニタリングはクリニックで行う <input type="checkbox"/> モニタリングは病院に依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()