患者紹介状

〒143-8541　東京都大田区大森西 6-11-1
Fax（03）3298-0045　（医局直通）
東邦大学医療センター大森病院　リウマチ膠原病センター（膠原病科）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿宛　　年　月　日

以下の患者様につきまして、紹介します。精査・加療のほど宜しくお願いします。

- 患者氏名　　患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（男・女）（　　歳）
- 紹介目的　関節リウマチの精査・加療をお願いします
  - □生物学的製剤の導入を希望しますのでご検討ください
  - □精査・加療の内容は担当医にお任せします
  - □加療内容は＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を希望します
  - □＿＿＿＿＿＿＿＿の精査（　　）をお願いします
  - □その他（　　）
- 治療経過　患者背景（罹病期間、合併症、薬剤服用歴)、治療経過（現在の内服と、生物学的製剤導入をご希望の場合は、検査状況、患者様への説明状況）をご記入ください。
- 特記事項　生物学的製剤導入に至った場合のフォローについて
  - □通常外来治療も含め、全ての継続フォローをお願いします
  - □生物学的製剤の継続投与のみお願いします
  - □導入後に安定しているようであれば逆紹介を希望します
  - □患者様の希望にゆだねます

その他の特記事項：

医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（Fax）＿＿＿＿＿＿＿＿