

# アトピー性皮膚炎病診連携シート

• 患者氏名 ( ) 年齢 ( ) 才 性別 (男・女)

• 罹病歴 ( ) 年 家族歴 ( )

可能な範囲でご記入をいただき、  
紹介状に添付をお願いします。

• 使用薬剤

抗炎症外用剤 ステロイド  Strongest  Very Strong  Strong  Medium  Weak /  プロトピック

↳  上記薬剤を75g/月・6ヶ月以上使用している

↳  上記薬剤は副作用のため使用できない

保湿外用剤 製品名 ( )

抗ヒスタミン薬 製品名 ( )

シクロスポリン ⇒  過去使用経験あり

経口ステロイド ⇒  過去使用経験あり

• IGA (0・1・2・3・4) / POEM ( ) 点

• EASI (全身: 頭頸部: )

• 病変部 右図に記載

• 血液検査  実施  未実施

↳ TARC ( ) 他 ( )

• 大学病院で希望する治療

教育入院  デュピクセント導入  治療強化  紫外線療法

• 治療後のフォロー

逆紹介での受け入れ可  大学病院での継続希望  患者の希望次第

