

栃木県アトピー性皮膚炎 地域連携パス紹介状

年 月 日

患者氏名		性別 男 ・ 女	
生年月日		年 月 日 (歳)	
職業： <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()			
紹介目的： <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎の診断と治療 <input type="checkbox"/> 生物学的製剤の導入 <input type="checkbox"/> その他			
既往歴及び合併症： <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> その他			
来院時の症状			
発症日： 年 月 日		初診日： 年 月 日	
TARC _____pg/ml	非特異的 IgE _____IU/ml	POEM(0~28) _____点	
現在の治療	薬剤名	用量	治療期間
抗炎症外用剤 (ステロイド)		g/月	ヶ月
抗炎症外用剤 (プロトピック)		g/月	ヶ月
ステロイド経口薬		mg/日	ヶ月
免疫抑制剤		mg/日	ヶ月
その他			
大学病院に紹介した後、 <input type="checkbox"/> 逆紹介での治療を希望します。 <input type="checkbox"/> 大学病院での治療継続を希望します。 <input type="checkbox"/> 大学病院と自施設での併診を希望します。 <input type="checkbox"/> 3ヵ月に一回は大学病院にて状態を確認、治療主体は自院で行うことを希望します。 <input type="checkbox"/> 大学病院にて生物学的製剤など投薬を行い、治療の主体は大学病院、フォローを自施設で行う事を希望します。 <input type="checkbox"/> 患者の希望 ()			
備考			

POEM 問診票

以下は、あなたの湿疹についての7つの質問です。各質問に対し、回答を一つ選び丸で囲んでください。回答できない質問があった場合は、空白のままにしてください。

1. この1週間で、湿疹のために皮膚の痒みがあった日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日
2. この1週間で、湿疹のために夜の睡眠が妨げられた日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日
3. この1週間で、湿疹のために皮膚から出血した日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日
4. この1週間で、湿疹のために皮膚がジクジク(透明な液体がにじみ出る)した日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日
5. この1週間で、湿疹のために皮膚にひび割れができた日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日
6. この1週間で、湿疹のために皮膚がポロポロと剥がれ落ちた日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日
7. この1週間で、湿疹のために皮膚が乾燥またはザラザラしていると感じた日は何日ありましたか？
全くなかった 1～2日 3～4日 5～6日 毎日

Total POEM Score (Maximum 28):