


診療情報提供書

(関節リウマチ活動性評価外来専用)
必ず紹介患者受付経由でお願いします

(関節リウマチ活動性評価外来紹介患者受付)

高知赤十字病院
電話 871-3607・FAX 822-1468

 TEL 0120-71-3607
FAX 0120-71-3608

高知赤十字病院

関節リウマチ活動性評価外来 担当医 殿

令和 年 月 日

医療機関の名称・所在地

電話

FAX

医師氏名

印

患者	氏名				職業			
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳)	男・女	

診断名	関節リウマチ	発症年 (年) (歳)
-----	--------	---------------

既往歴		身長	cm
		体重	kg

家族歴	
-----	--

タバコ	本/日 (期間: 年間)
-----	--------------

その他留意事項 (アレルギー副作用歴など)	
-----------------------	--

目的	希望する項目に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください
	<input checked="" type="checkbox"/> 疾患活動性評価 (精査・診察) … (関節エコー・赤沈・CRP・CBC)
	<input type="checkbox"/> 合併症評価 (1) …… (GOT・GPT・LDH・クレチアニン・検尿)
	<input type="checkbox"/> 合併症評価 (2) …… (KL-6・胸部X線検査)
	<input type="checkbox"/> 合併症評価 (3) …… (β -D-グルカン)

※以下、わかる範囲でご記入ください。なお、紙面が足りない場合は、別紙を添付ください。

・検査結果: 年 月

抗CCP抗体 () U/ml・リウマトイド因子 () IU/ml・MMP-3 () ng/ml

HBs抗原 () HBs抗体 () HBc抗体 () HCV抗体 ()

・関節エコーで観察しておきたい関節部位(手指、手首以外で特に): ()

・これまでの治療歴:

・現在の治療薬:

・その他病状経過等 (運動療法又は服薬指導に関するアドバイスが必要な場合はそれぞれ具体的な内容をご記入ください)

