

岐阜県総合医療センター 皮膚科連携シート（アトピー性皮膚炎）

※ご紹介元でご記入の上、FAXにて予約用紙とともにご送付ください。

（診療情報提供書は、別紙参照とご記入ください。）

・患者氏名：

・患者生年月日：

（大/昭/平/令） 年 月 日

岐阜県総合医療センター

FAX：(058) 248-9334

<直近の治療>

（カルテ、処方箋、お薬手帳のコピー貼付可）

現在使用している外用剤

： \_\_\_\_\_

外用剤の使用期間

： \_\_\_\_\_

その他使用している治療/備考

： \_\_\_\_\_

<生物学的製剤を県総合で導入した場合>

（希望する項目にチェックを入れてください）

- 自院で全て継続
- 県総合で一部継続  
（生物学的製剤は県総合、外用剤は自院）
- 県総合で全て継続  
（生物学的製剤・外用剤ともに県総合）
- その他  
（ \_\_\_\_\_ ）



紹介  
用



逆紹介時：（ 年 月 日 ）

逆紹介目的：（ \_\_\_\_\_ ）の継続治療を希望します。

<現在の治療経過・処方状況>

<備考>



<県総合での（ \_\_\_\_\_ ）開始時のスコア>  
（電子カルテのコピー貼付可）

- ・施設要件 ア
- ・前治療要件 ア イ
- ・疾患活動性  
ア：IGAスコア \_\_\_\_\_  
イ：EASIスコア（全身 or 頭頸部） \_\_\_\_\_  
ウ：BSA \_\_\_\_\_

逆  
紹介  
用