

関節リウマチ 地域連携クリニカルパス

(診療情報提供書)

かかりつけ医 ⇒ 市立東大阪医療センター

【かかりつけ医】

市立東大阪医療センター

〒578-8588 東大阪市西岩田3-4-5

TEL:06-6781-5101(代表)

FAX:06-6782-5610(直通)

免疫内科医

医療機関名

住所

TEL

医師名

【患者様の基本医療情報】

ID:	患者氏名:	性別:	生年月日:	職業:
住所:〒				TEL:

【かかりつけ医での直近フォロー期間】

年 月 日 ~ 最終 年 月 日)

【病名】 関節リウマチ

【既往歴】

【バリエアンスの評価】

予定受診	検査項目他	日付 / 測定値	日付 /
<input type="checkbox"/> バリエアンスなし	CRP (mg/dL)	→	
	赤沈 (mm/hr)	→	
バリエアンス I (早期紹介の指標)	腫脹関節数 (28関節中)	/ : /28	→ / : /28
<input type="checkbox"/> 関節症状の悪化	圧痛関節数 (28関節中)	/ : /28	→ / : /28
<input type="checkbox"/> 感染症など合併症の併発	①朝のこわばり時間/分	/ : 分	→ / : 分
<input type="checkbox"/> 薬剤の副作用	②医師による全般的評価	/ :	→ / :
<input type="checkbox"/> 採血データの悪化	③健康評価質問票	/ : 点	→ / : 点
	④関節の痛み	/ :	→ / :
	⑤病気全般の印象	/ :	→ / :
バリエアンス II (緊急受診の指標)	症状など		
<input type="checkbox"/> 呼吸不全徴候			

【連絡事項 (処方変更や合併症がありましたらご記載下さい)】

市立東大阪医療センター

2階 免疫内科専門外来

年 月 日受診

【当日ご持参いただくもの】

- 本クリニカルパス
- 採血結果用紙 (可能であればご持参下さい)
- 処方内容~お薬手帳
- 血圧手帳など自己管理手帳
- 画像データ (必要であれば)
- その他 ()