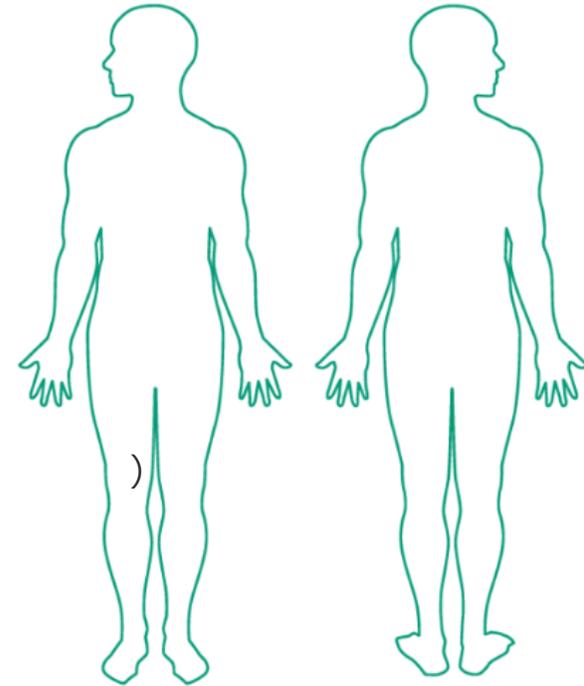


アトピー性皮膚炎病診連携シート

- 患者氏名 () 年齢 () 才 性別 (男 ・ 女)
- 罹病歴 () 年 家族歴 ()
- 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 ()
- 当院で希望する治療
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 当院での継続希望 患者の希望次第





クリニックが病院に紹介する際に必要なこと

- ✓ 疾患の説明
- ✓ 薬剤の概略を説明（資料配布）
- ✓ 医療費説明
- ✓ AD治療経過、罹病歴
- ✓ 外用剤治療歴 5gチューブ15本×6ヶ月
- ✓ スコアリング（IGA、EASI、BSA、POEM etc）
- ✓ 血液検査（TARC、LDH、Eosino、RAST etc）
- ✓ 逆紹介後のデュピクセント受け入れ可否



逆紹介後クリニックでフォローする際に必要なこと



- ✓ 病勢の評価（IGA・EASI・BSA・POEM）
- ✓ 外用剤指導
- ✓ 自己注射に必要な資材提供（廃棄袋 他）
- ✓ 自己注射手技の確認（チェックリスト活用）
- ✓ 眼症状の定期的なチェック
- ✓ 患者への治療継続の必要性を説明

