

アトピー性皮膚炎病診連携シート ※わかる範囲のみで結構です

- 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 コレクチム
↳ 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 オルミエント導入 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

