

乾癬患者様ご紹介-南越谷病院連携シート

南越谷病院代表
電話0489872811
Fax0489870226

患者シメイ () 年齢 () 才 性別 (男・女)

次回来院予定日

()月()日 (午前・午後)

		日	月	火	水	木	金	土(※第3)
午前	9-1130	清村	片桐					(清村)
午後	1430-18	清村	片桐					
午後(日)	1330-1530							

使用内服薬剤 : 紹介状に記載の

シクロスポリン()mg

プレドニン®()mg

チガソン®()mg

リウマトレックス®()mg

導入時のPASI () : 紹介状に記載の場合は✓

採血以外の記録の必要有無 (写真・PASIスコア) ()が月おき ・ 来院時 : 紹介状に記載の場合は✓

生物製剤の副作用の既往 (あり・なし) : 紹介状に記載の場合は✓
()

現在使用中生物製剤/1回に処方・注射する本数 (医師注射・自己注射 : 紹介状に記載の場合は✓)

ヒュミラ® ()本

コセンティクス® ()本

トルツ® ()本

ルミセフ® ()本

シムジア® 200mg /2週間隔 ・ 400mg /4週間隔 ()本

以上の5種類以外の生物製剤は現在対応しておりません

