紹　 介　 状（診療情報提供書）

紹介先医療機関：

　　　　　　　 　　　　　科　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生

令和　　　　　年　　　　月　　　　日

所在地

名称

電話番号

診療科名

医師氏名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生　年　月　日 | 年　齢 |
| 患者氏名 |  | □男　 □女 | 年 月 日 | 歳 |
| 住所 |  | 電話番号 | - 　　　 - | |
| 傷病名  （病型） |  | | | |
| 既往歴 |  | | | |
| アレルギー歴 | 薬剤に関してはIBD関連薬以外 | | | |
| 家族歴 |  | | | |
| この度は大変お世話になおります。  （卒業、進学、就職、転居、その他：　　　　　　　　　）に伴い貴施設での今後のご加療をお願い申し上げます。  症例の経過は以下となっております。ご不明な点等ございましたらご連絡ください。  ご多忙の折誠に恐れ入りますが、ご高診・ご加療のほどよろしくお願いいたします。 | | | | |
| **初発時～診断時の情報**  初発症状：  発症年齢：　　　　歳　　　　　　　　発症年月 ：　　　　　年　　　月  診断年齢：　　　　歳　　　　　　　　診断年月日：　　　　　年　　　月　　　日  初診年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| **サマリ**  腸管合併症 ：  腸管外合併症 ： | | | | |
| **最終の主要検査結果：**検査日　　　　　年　　　月　　　日   * WBC ×103/μl, Hb g/dl, Hct %, 血小板 ×104/mm3   CRP mg/dl, 赤血球沈降速度 mm/hr, Alb mg/dl   * LRG 　μg/mL （　　　　　年　　　月　　　日） * 便中カルプロテクチン 　mg/kg （　　　　　年　　　月　　　日） * その他   **現行治療：**   * 5-ASA（経口） ： 　　　　　　　　　　mg/日（ ） * ステロイド（経口） ： 　　　　　　　　　　mg/日（ ） * 免疫調節薬 ： 　　　　　　　　　　mg/日（ ） * 生物学的製剤 ： （ ） * 低分子化合物 ： （ ） * 5-ASA（注腸/坐薬） ： 　　　　　 　　　　mg/日（ ） * ステロイド（注腸/坐薬） ： 　　　　　　　　　　mg/日（ ） * 経腸栄養 ： 　　　　　 　　　　kcal/日（ ） * その他の治療 ： （ ）   ： （ ）  ： （ ）   * IBD以外の治療薬   1.  2.  3.  4. | | | | |
| **治療歴**  **5-ASA：　　不耐**　□　有 □　無（被疑薬：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  内服 1. ：  2. ：  3. ：  坐薬 1. ：  2. ：  注腸 1. ：  2. ：  **ステロイド：　　依存**　□ 有　□ 無、　　　**抵抗**　□ 有　□ 無  注射 1. ：  2. ：  3. ：  内服 1. ：  2. ：  3. ：  坐薬 1. ：  2. ：  注腸 1. ：  2. ：  **総投与量（プレドニゾロン換算）**：　　　　　　　　　　　　　　　ｇ（注腸・坐薬は除く）  **免疫調節薬：**   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 2. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 3. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 4. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   **顆粒球吸着療法・白血球除去療法：**   1. ： 2. ：   **生物学的製剤：**   1. ：　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **低分子化合物：**   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   1. ：　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日   □ 有効　□ 一次無効　□ 二次無効　□ 有害事象（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  備考（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **栄養療法：**   1. ：　　　　　　　kcal/日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 2. ：　　　　　　　kcal/日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   **抗菌薬：**   1. ： 2. ：   **内視鏡治療：**   1. ： 2. ：   **手術療法：**   1. ： 2. ： 3. ：   **その他の治療：**   1. ： 2. ： 3. ：   **補足事項（使用不可薬剤とその理由など）** | | | | |
| **主な検査と所見**  **上部消化管内視鏡検査：**  診断時：　　　　　年　　　月　　　日  所見  病理  最　 終：　　　　　年　　　月　　　日  所見  **大腸内視鏡検査：**  診断時：　　　　　年　　　月　　　日　　　※内視鏡スコア（　　　　　　　）：　　　　　　　　点  所見  病理  最　 終：　　　　　年　　　月　　　日　　　※内視鏡スコア（　　　　　　　）：　　　　　　　　点  所見  **バルーン内視鏡検査：**  診断時：　　　　　年　　　月　　　日  所見  病理  最　 終：　　　　　年　　　月　　　日  所見  **小腸カプセル内視鏡検査：**  診断時：　　　　　年　　　月　　　日  　 所見  最　 終：　　　　　年　　　月　　　日  所見  **消化管造影**：　　　　　年　　　月　　　日  所見  **CT**：　　　　　年　　　月　　　日  所見  **MRI**：　　　　　年　　　月　　　日  所見  **超音波検査**：　　　　　年　　　月　　　日  所見 | | | | |
| **血液検査：**  抗核抗体 倍、　PR3-ANCA IU/mL、 MPO-ANCA IU/mL　（　　 　　年　　月 　日）  NUDT-15遺伝子多型：　　　　　　　　　　　　（　　 　　年　　月　　日）  その他：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　 　年　　月　　日）、 　　　　　　　　　　　　　　　　（　 　 　年　　月　　日）    **遺伝子検査：**□ 実施　　□ 未  □ かずさIBDパネル（実施 　　　 　年　　月　　日）　□ 400遺伝子解析（実施 　　　 　年　　月　　日）  □ 全エクソーム解析 （実施 　　　 　年、検査機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 全ゲノム解析 （実施 　　　 　年、検査機関　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  **※結果**：  **感染症**  ・B型肝炎 □ 既往　□ 未　　　・C型肝炎 □ 既往　□ 未　　　・結核 □ 既往　□ 未  ・EBウイルス □ 既往　□ 未　　　・サイトメガロ □ 既往　□ 未　　　・水痘 □ 既往　□ 未  **ワクチン接種歴**  ・麻疹・風疹　 □ 済　□ 未 ・水痘・帯状疱疹 □ 済　□ 未 ・ムンプス □ 済　□ 未  ・（　　　　　　　　）□ 済　□ 未 ・（　　　　　　　　） □ 済　□ 未 | | | | |
| **申し送り事項：心理的ケア、キーパーソン、注意事項など**  **付帯事項：内視鏡検査時の留意事項（鎮静、前処置など）、感染症など**  **添付資料**  ・主治医意見書 ：□ 小児慢性特定疾患　　□ 指定難病  ・検査所見 ：□ 血液検査　　□ 便検査　　□ 内視鏡所見　　□ 内視鏡画像　　□ CT　　□ MRI  ・その他 ： | | | | |