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 ： |