

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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 ()
2. _____：_____年__月__日～_____年__月__日
 有効 一次無効 二次無効 有害事象 ()
備考 ()
3. _____：_____年__月__日～_____年__月__日
 有効 一次無効 二次無効 有害事象 ()
備考 ()
4. _____：_____年__月__日～_____年__月__日
 有効 一次無効 二次無効 有害事象 ()
備考 ()
5. _____：_____年__月__日～_____年__月__日
 有効 一次無効 二次無効 有害事象 ()
備考 ()
6. _____：_____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 ()
2. _____：_____年__月__日～_____年__月__日
 有効 一次無効 二次無効 有害事象 ()
備考 ()
3. _____：_____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・带状疱疹 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：