

# 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  
リンヴォック®導入 サイバインコ®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

