

筑波大学附属病院 アトピー性皮膚炎 地域病診連携票



アトピー性皮膚炎の患者様をご紹介頂く際に、紹介状と合わせて下記の事項をお知らせ頂けると幸甚です

■ 患者氏名 _____ ■ 年齢 _____ 才 ■ 性別 : 男 女

■ 発症年齢 _____ 才 ■ 家族のアレルギー疾患歴 _____

■ TARC _____ pg/mL 非特異的IgE _____ IU/mL 採血日 : _____

(■ POEM [0~28] _____)

■ 使用薬剤

抗炎症外用剤 ステロイド外用剤 / タクロリムス外用剤

⇒ Strong以上若しくはタクロリムス外用剤を6ヶ月以上使用している / 上記を副作用のため使用できない

保湿外用剤 (製品名) _____

抗ヒスタミン剤 経口シクロスポリン 経口ステロイド

■ 紹介にあたり希望する治療

入院治療 外用療法の見直し 生物学的製剤導入 紫外線療法の実施

■ 治療後のフォローについて

逆紹介での受け入れ可能 大学病院での治療継続希望 患者の希望次第

以下の項目については大学病院での評価も可能です

■ IGA : 0 1 2 3 4

■ 全身EASI [0~72] _____ / 頭頸部EASI [0~7.2] _____

つくば地区でのアトピー性皮膚炎病診連携イメージ



クリニック



大学病院

① TARC・IgE・POEM測定
② 新しい治療選択肢の紹介

① 生物学的製剤の紹介
② インフォームドコンセント取得

① 維持治療継続
② 自己注射手技確認

① 自己注射手技指導・導入
② 医療制度説明

① 効果確認・副作用モニタリング
② 患者の治療継続意思確認

① 副作用マネジメント
② 治療継続インフォームドコンセント

日常生活に支障を来すような急な悪化が起こらない状態を維持