

# 診療情報提供書

九州大学病院別府病院

別府医療センター

新別府病院

( )

リウマチ担当医

先生

御侍史

※担当医師が不明の場合は「リウマチ担当医」のままで結構です。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 性別：男 女 電話番号 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日生 歳 受診日 \_\_\_\_\_

保険者番号

記号・番号

公費負担者番号

受給者番号

## 診断 1 関節リウマチの疑い

いつも大変お世話になります。患者様が関節痛で当院を受診しましたが、症状より早期の関節リウマチ、膠原病を疑い、精査をお勧め致しました。ご高診宜しく申し上げます。

追記（検査結果・治療経過等 追記欄）

### ◎主な症状等

発症日：1) \_\_\_\_\_日前 2) 1か月前 3) 3か月前 4) 半年前

5) \_\_\_\_\_年程前ぐらい

朝のこわばりの有無：有（ \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分） 無

リウマチと診断された家族歴：有（どなたが \_\_\_\_\_） 無

既往歴・現在治療中の疾患：

高血圧 高脂血症 骨粗しょう症 慢性腎不全 糖尿病 虚血性心疾患

脳梗塞 気管支喘息 呼吸器疾患 手術歴（ \_\_\_\_\_ ）

処方内容：（ \_\_\_\_\_ ）

職業：（ \_\_\_\_\_ ）

### 今後の治療についての希望

紹介先での治療を希望 当院にて継続治療 患者様の判断にお任せ

今後とも何卒宜しく願い申し上げます。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所：

電 話 番 号：

医 療 機 関 名：

医 師 名：