

[御紹介医⇒いしだ内科]

患者情報提供用紙

平成 年 月 日

いしだ内科 宛

<TEL 024-922-3648>

<FAX 024-924-5025>

院長：石田浩徳

医療機関名： _____

医師名： _____

電話： _____

FAX： _____

1：患者情報

患者氏名		性別	男・女
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
住所	市 町 村	電話番号	— —
いしだ内科の受診歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		

2：炎症性腸疾患（クローン病・潰瘍性大腸炎）の治療経過（判る範囲でご記入ください）

診断名	(クローン病 ・ 潰瘍性大腸炎 ・ 疑い ・ 不明)
発症日	<input type="checkbox"/> 不明 年 月 頃
手術歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
喫煙習慣	現在タバコを吸いますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
家族歴	家族歴はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ステロイドの服用	現在プレドニゾロンもしくは他のコルチステロイドを服用していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg/日
その他の服用薬	アザチオプリン（イムランなど）・6-メルカプトプリン（ロイケリンなど） ・シクロスポリン（サンディミュンなど） ・スルファサラジン（サラゾピリンなど） () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg/日 () <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg/日
合併症	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他
その他の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (悪性腫瘍 ・ 呼吸器疾患 ())

3：診察希望日

(希望日： 月 日 曜日)

