

# アトピー性皮膚炎 診療連携シート

患者氏名 ( ) 年齢 ( 歳 ) 性別 ( 男・女 ) 体重 ( kg)

## ■過去に使用したことのある薬剤

ステロイド外用薬 シクロスポリン  
バイオ製剤 JAK阻害薬 その他( )

## ■現在使用している薬剤

ステロイド外用薬 シクロスポリン  
バイオ製剤 JAK阻害薬 その他( )

## ■現在の治療での問題点

( )

## ■希望する内容

経口薬での治療強化 注射薬での治療強化  
治療の情報提供 定期全身検査  
その他 (具体的に: )

## ■患者のフォローの希望

逆紹介での受け入れ可  
多摩永山病院での継続希望  
患者の希望次第

ご協力に感謝申し上げます。

日本医科大学多摩永山病院 皮膚科