

緊急連絡先：

生物学的製剤導入の目安

- 治療禁忌がないか
 - 活動性の結核を含む重篤な感染症がない
 - NYHA分類Ⅲ度以上のうっ血性心不全がない
 - 脱髄疾患（多発性硬化症など）およびその既往歴がない
- 事前にご説明頂きたい事項
 - 事前検査が必要で場合により投与できない事があること
 - おおまかなコスト、高額療養費
 - 大まかな希望の製剤の種類 もしくは具体的な薬剤名
(自己注射 IL-17 IL-23 TNF)
- 治療歴
 - 外用剤 (ステロイド 活性型VitD3 混合 その他
 - 光線療法 (NV-UVB PUVA おおよその期間と総量
 - 内服薬 ()
- 既往歴（がないことを確認）
 - 結核
 - 肝炎
 - 脱髄疾患
 - 間質性肺疾患
 - 炎症性腸疾患
 - 重篤な血液疾患
 - 悪性腫瘍
 - 自殺念慮、自殺企図がある
- 手術予定
 - あり なし
- ゴムアレルギー
 - あり なし
- 生ワクチン接種予定
 - あり なし

緊急連絡先:

生物学的製剤承認施設		治療開始後		逆紹介時患者情報	
<input type="checkbox"/> インフォームドコンセント 説明同意取得日: 年 月 日 説明者 治療開始日: 年 月 日	<input type="checkbox"/> 問診事項 <input type="checkbox"/> 本剤 (およびたんぱく製剤) 等に過敏症の既往 <input type="checkbox"/> 脱髄疾患の既往 (家族歴) <input type="checkbox"/> アレルギー歴 () <input type="checkbox"/> 感染症 () <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> うっ血性心不全 <input type="checkbox"/> 閉塞性肺炎 <input type="checkbox"/> 活動性結核 <input type="checkbox"/> 結核患者 (家族・職場) との接触歴 <input type="checkbox"/> 結核感染歴 <input type="checkbox"/> それ以外の呼吸器疾患 () <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> ワクチン接種 () <input type="checkbox"/> 紫外線治療歴 (J/cm2) (回) (年) <input type="checkbox"/> シクロスポリン治療歴 (mg/日) (年)	<input type="checkbox"/> スクリーニングで生物学的製剤導入可否判定 可 ・ 否	<input type="checkbox"/> 導入した生物学的製剤の種類 <input type="checkbox"/> インフリキシマブ (レミケード®) 2週、6週、以後8週毎 <input type="checkbox"/> アダリムマブ (ヒュミラ®) 2週毎 <input type="checkbox"/> ウステキヌマブ (ステララー®) 4週、16週、以後12週毎 <input type="checkbox"/> セクキヌマブ (コセンティクス®) 1週、2週、3週、4週、以後4週毎 <input type="checkbox"/> イキセキズマブ (トルツ®) 2週、4週、6週、8週、10週、12週、以後4週毎 <input type="checkbox"/> フロダルマブ (ルミセフ®) 1週、2週、以後2週毎 <input type="checkbox"/> ゲルクマブ (トレムフィア®) 4週、12週、以後8週毎 <input type="checkbox"/> リサンキズマブ (スキリージ®) 4週、16週、以後12週毎	逆紹介時患者情報 患者識別ID 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 生年月日 年 月 日 年齢 歳 罹患期間および発症時期 年間 (年頃) 身長 cm 体重 kg 喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 飲酒習慣 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 乾癬の病型 <input type="checkbox"/> 尋常性乾癬 <input type="checkbox"/> 乾癬性関節炎	
<input type="checkbox"/> 治療前検査項目 (血液/尿検査) <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> リンパ球 /μL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> KL-6 U/mL <input type="checkbox"/> 抗核抗体 <input type="checkbox"/> 尿一般	<input type="checkbox"/> 感染検査 <input type="checkbox"/> HBs抗原 陰性 ・ 陽性 <input type="checkbox"/> HBs抗体 陰性 ・ 陽性 <input type="checkbox"/> HBe抗体 陰性 ・ 陽性 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上 上記抗体陽性の場合 <input type="checkbox"/> HCV抗体 陰性 ・ 陽性 <input type="checkbox"/> HIV抗体 陰性 ・ 陽性 ・ 未検 <input type="checkbox"/> HTLV-1抗体 陰性 ・ 陽性 ・ 未検	<input type="checkbox"/> 自己注射指導 特記事項: <input type="checkbox"/> 導入不可の場合、かかりつけ医の先生と相談の上、治療を実施致します <input type="checkbox"/> 必要に応じて結核予防のためにイソニアジド投与を検討致します	初診時PASI (年 月) /72点 初診時DLQI (年 月) /30点		
<input type="checkbox"/> 結核検査 <input type="checkbox"/> ツベルクリン反応 注射部位 部位: 注射日 年 月 日 判定日 年 月 日 判定 陰性・陽性・強陽性 発赤 × mm 硬結 無 ・ 有 水疱 無 ・ 有 二重発赤 無 ・ 有 壊死 無 ・ 有 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 陰性 ・ 陽性 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 関節炎評価				
<input type="checkbox"/> 画像検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 所見なし ・ 所見あり () <input type="checkbox"/> 胸部CT 所見なし ・ 所見あり ()					

生物学的製剤承認施設 / かかりつけ医の先生方	治療開始1か月後 (年 月 日)	治療開始4か月後 (年 月 日)	治療開始7か月後 (年 月 日)	治療開始13か月後 (年 月 日)	治療開始19か月後 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上
<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します
<input type="checkbox"/> 導入した生物学的製剤の種類 <input type="checkbox"/> アダリムマブ (ヒュミラ®) 2週毎 <input type="checkbox"/> ウステキヌマブ (ステララー®) 4週、16週、以後12週毎 <input type="checkbox"/> セクキヌマブ (コセンティクス®) 1週、2週、3週、4週、以後4週毎 <input type="checkbox"/> イキセキズマブ (トルツ®) 2週、4週、6週、8週、10週、12週、以後4週毎 <input type="checkbox"/> フロダルマブ (ルミセフ®) 1週、2週、以後2週毎 <input type="checkbox"/> リサンキズマブ (スキリージ®) 4週、16週、以後12週毎 <input type="checkbox"/> リサンキズマブ (スキリージ®) 4週、16週、以後12週毎					<input type="checkbox"/> 25か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 31か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 37か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 43か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 49か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日)

生物学的製剤承認施設 / かかりつけ医の先生方	治療開始1か月後 (年 月 日)	治療開始3か月後 (年 月 日)	治療開始7か月後 (年 月 日)	治療開始13か月後 (年 月 日)	治療開始19か月後 (年 月 日)
<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上	<input type="checkbox"/> 治療後検査 <input type="checkbox"/> 胸部X線 <input type="checkbox"/> 胸部CT (必要時) <input type="checkbox"/> 血中β-D グルカン pg/mL <input type="checkbox"/> CRP mg/dL <input type="checkbox"/> WBC /μL <input type="checkbox"/> 肝機能検査 <input type="checkbox"/> その他血液・尿一般検査 <input type="checkbox"/> クオンティフェロン検査/T-SPOT検査 (HBsまたはHBe抗体陽性の場合) <input type="checkbox"/> HBs抗体価 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 20IU/mL未満 ・ 20IU/mL以上
<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します	<input type="checkbox"/> 有効性、安全性を確認の上、かかりつけ医の先生に逆紹介致します
<input type="checkbox"/> 導入した生物学的製剤の種類 <input type="checkbox"/> インフリキシマブ (レミケード®) 2週、6週、以後8週毎 <input type="checkbox"/> ゲルクマブ (トレムフィア®) 4週、12週、以後8週毎					<input type="checkbox"/> 25か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 31か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 37か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 43か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 49か月後 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 日付 (年 月 日)