リウマチ性疾患保健相談・指導患者・家族名簿、講演等一覧

保険

（保健所等の職員）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 患者・  家族名 (ｲﾆｼｬﾙ) | 保健所等名 | 相談・指導  整理番号（講演等の名称） | 性別 | 年齢 | 診断名 | 主な相談・指導・講演等の  内容 |
| 1 |  |  |  | 男 ・ 女 |  | ＲＡ（※） |  |
| 2 |  |  |  | 男 ・ 女 |  | ＲＡ（※） |  |
| 3 |  |  |  | 男 ・ 女 |  | ＲＡ（※） |  |
| 4 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 5 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 6 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 7 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 8 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 9 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| 10 |  |  |  | 男 ・ 女 |  |  |  |
| |  | | --- | | 申請者氏名 |   ※講演の場合は、プログラムを添付してください。  （リウマチ性疾患保健相談・指導患者・家族名簿等記録の提出は必要ありません。）  ※番号1～３については、RA （関節リウマチ）を記入してください。  ※本申請に記載可能な略語は、次の通りです。下記以外の病名や薬物名の略語の使用はできませんので、full termでご記入をお願いします。  【病名】  OA：変形性関節症（osteoarthritis）  RA：関節リウマチ（rheumatoid arthritis）  SLE：全身性エリテマトーデス（systemic lupus erythematosus）  【薬物名】  ・副腎皮質ステロイド（グルココルチコイド）  PSL：プレドニゾロン  　 ・従来型抗リウマチ薬（csDMARDs）  BUC：ブシラミン  LEF：レフルノミド  MTX：メトトレキサート  SASP：サラゾスルファピリジン  TAC：タクロリムス  　　・生物学的製剤（bDMARDs）  　　　　ABT：アバタセプト  ADA：アダリムマブ  CZP：セルトリズマブ　ペゴル  ETN：エタネルセプト  GLM：ゴリムマブ  IFX：インフリキシマブ  TCZ：トシリズマブ | | | | | | | |