

切り取り線



(公財)日本リウマチ財団 リウマチ患者支援カード

ふりがな
氏名： _____ 血液（ ）型

明治・大正 年 月 日生 | 男・女
昭和・平成

住所：〒 _____

電話： _____ FAX： _____

携帯電話： _____

身近な支援者

ふりがな
氏名： _____

住所：〒 _____

電話： _____ FAX： _____

携帯電話： _____

治療を受けている
医療機関名： _____

所在地：〒 _____

電話： _____

FAX： _____

診療科名： _____ 主治医名： _____

日頃から身につけておきましょう

●障害のある
部位： _____

●保険証記号・
番号： _____

●保険種類： 国・社・共（本人・家族）

●服薬状況（現在服用しているお薬や量等を記入してください）

●ステロイド（ ） _____mg/日

●メトトレキサート（ ） _____mg/週

●生物学的製剤（いずれかに○を付けてください）
（レミケード・エンブレル・ヒュミラ・シンポニー・シムジア
アクテムラ・オレンシア・その他（ ））

●その他抗リウマチ薬（ ）

●その他の薬（いずれかに○を付けてください）
（ワファリ）・降圧薬・糖尿病薬・その他（ ）

●合併症の有無（有・無のどちらかに○を付けてください）

- | | |
|--------------|---------------|
| (1) 肺炎（有・無） | (6) 高血圧症（有・無） |
| (2) 胃潰瘍（有・無） | (7) 喘息症（有・無） |
| (3) 腎障害（有・無） | (8) 脳卒中（有・無） |
| (4) 肝障害（有・無） | (9) その他 |
| (5) 糖尿病（有・無） | （ ） |

※記載したカードを携帯電話のカメラで撮影し、保存しておくといざという時に役立ちます。



Japan Rheumatism Foundation
公益財団法人
日本リウマチ財団