

広島県専用  
B型・C型肝炎用  
診療情報提供書

記入日	年	月	日
医療機関名			
住所			
電話番号			
医師名			印

内は記入必須項目

フリガナ		性別	職業
患者氏名		男 ・ 女	
生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
住所		電話番号	
病名	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他・不明 ( )		
肝疾患への現在の処方			
	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー <input type="checkbox"/> ウルソ <input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴・併用薬など			
検査結果	(検査日)	年	月 日
「B型肝炎」	「C型肝炎」		
HBs抗原: 陽性・陰性	HCV抗体: 陽性・陰性		
測定されていたらご記載ください			
<input type="checkbox"/> HBe抗原: 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量: ( ) log IU/mL・陰性			
<input type="checkbox"/> HCV-RNA定量: ( ) log IU/mL・陰性			
今後の診療連携に関する希望			
<input type="checkbox"/> 肝臓専門医の判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)			
<input type="checkbox"/> 紹介施設での肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療 (紹介施設・自院両方へ通院)			
<input type="checkbox"/> その他 ( )			
備考			