

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		
測定されていましてご記載ください					
<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					