

B型肝炎診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

_____病院 _____科

_____先生

紹介元医療機関の所在地 名称 電話番号 医師氏名	印
-----------------------------------	---

患者氏名	性別 男・女
患者住所	電話番号
生年月日	年 月 日
年齢	歳

傷病名 ・ B型肝炎 ・ その他の病名 () 紹介目的 (□にチェックしてください) <input type="checkbox"/> B型肝炎の抗ウイルス治療適応の判断および治療における診療連携 <input type="checkbox"/> follow up に関する助言 症状経過および検査結果 HBs 抗原 陽性 HBV DNA (リアルタイム RCR 法) _____log IU/ml (測定していなければ記入不要です)
現在の処方
抗ウイルス治療が必要な場合の治療および治療後の follow up に関する希望 () 治療および follow up とも紹介先に任せる () 自院で治療および follow up を行う () 紹介先と自院で連携して治療および follow up を行う () 紹介先で治療を開始し、治療継続および follow up は自院で行う () その他 ()
備考

C型肝炎診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関

_____病院 _____科
_____先生

紹介元医療機関の所在地 名称 電話番号 医師氏名 印
--

患者氏名	性別 男・女
患者住所	電話番号
生年月日	年 月 日
年齢	歳

傷病名 ・ C型肝炎 ・ その他の病名 () 紹介目的 (□にチェックしてください) <input type="checkbox"/> C型肝炎の抗ウイルス治療適応の判断および治療における診療連携 <input type="checkbox"/> follow up に関する助言 症状経過および検査結果 HCV 抗体 陽性 HCV RNA (リアルタイム RCR 法) _____log IU/ml (測定していなければ記入不要です)

現在の処方

抗ウイルス治療が必要な場合の治療および治療後の follow up に関する希望 () 治療および follow up とも紹介先に任せる () 自院で治療および follow up を行う () 紹介先と自院で連携して治療および follow up を行う () 紹介先で治療を行い、follow up は自院で行う () その他 ()
--

備考

名古屋市立大学病院

紹介元医療機関の所在地および名称

B型・C型肝炎用

診療情報提供書

診療予約申込票と一緒に

FAXしてください

FAX 052-858-7130

平日 8:30~19:00

土 8:30~12:30

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

フリカナ					
患者氏名		性別	男・女	職業	
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"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 強カネオミノファーゲンシー	<input type="checkbox"/> ウルソ ()
既往歴・家族歴など			

検査結果	(検査日)
------	--------

「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

HBe抗原: 陽性・陰性 HBV-DNA 定量: () log IU/mL・陰性
 HCV-RNA 定量: () log IU/mL・陰性

今後の診療連携に関する希望

- 名市大での判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)
- 名市大で肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療 (名市大・自院両方へ通院)
- その他 ()

備考

備考
