

高知大学医学部附属病院

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 088-880-2774

平日 8:30~16:30

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

| | | | | | |
|------|-------------|------|-----|----|------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 職業 | |
| 患者氏名 | | | | | |
| 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"/> 肝庇護薬 (<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・家族歴 合併症など | | | |

| | |
|--|--|
| 検査結果 (検査済み項目の <input type="checkbox"/> 欄に✓をいれてください) | (検査日) |
| «B型肝炎について» <input type="checkbox"/> HBs 抗原 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBs 抗体 陽性・陰性・未検 <input type="checkbox"/> HBc 抗体 陽性・陰性・未検 <input type="checkbox"/> HBe 抗原 陽性・陰性・未検 <input type="checkbox"/> HBe 抗体 陽性・陰性・未検 <input type="checkbox"/> HBV-DNA () log copies/mL・() IU/mL・陰性・未検 | «C型肝炎について» <input type="checkbox"/> HCV 抗体 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HCV-RNA () log IU/mL・陰性・未検 <input type="checkbox"/> HCV コア抗原 陽性・陰性・未検 検査結果・画像等があれば添付してください |

| |
|---|
| 紹介目的と今後の診療連携に関する希望 (希望する項目の <input type="checkbox"/> に✓をいれてください) |
| <input type="checkbox"/> 高知大での判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい) <input type="checkbox"/> 高知大で肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療 (高知大・自院両方へ通院) <input type="checkbox"/> その他 () |

| |
|----|
| 備考 |
| |