

済生会山口総合病院

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 083-928-3357

平日 8:30~18:00

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				
患者氏名		性別	男 ・ 女	職業
生年月日	西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 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"/> ウルソ	<input type="checkbox"/> グリチロン	<input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー
	<input type="checkbox"/> その他 (
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

<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"/> 済生会山口で肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療 (済生会・自院両方へ通院)
<input type="checkbox"/> 済生会山口総合病院での判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)
<input type="checkbox"/> その他 ()

備考

--