**紹介・診療情報提供書**

予約申込書と一緒に

FAX送信してください

TEL　058-230-7033

FAX　058-230-7035

平日8：30～17：00

**（B型・C型肝炎用）**

　　西暦　２０　　年　　月　　日

紹介先医療機関名

　岐阜大学医学部附属病院

　消化器内科

　　　　　　　　　　　　医師

　　　紹介元医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の所在地及び名称

電　話　番　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診　療　科　名

医　師　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性別** | 男・女 | **職業** |  |
| **患者氏名** |  |
| **患者住所** | 〒 | | | **電話番号** | ( ) － |
| **生年月日** | 明・大・昭・平・令 　　年　　 月　　 日（　 　歳） | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **傷病名** | □B型肝炎　　　□C型肝炎　　　　□その他・不明 | |
| **現在の処方**  **※肝疾患以外も含む** | □とくになし　　□肝庇護薬（□強力ネオミノファーゲンシー、□ウルソ）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **既往歴・家族歴合併症など** |  | |
| **症状経過及び**  **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** | | |
| もし測定されていましたらご記載ください（※紹介時に記載いただく必要はございません）  □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 | | |
| **紹介目的　（今後の病診連携に関する希望）** | | |
| □紹介先での診療判断による（自院への通院継続治療は紹介先の判断）  □紹介先で肝臓の精密検査と治療＋自院で肝臓以外の継続治療（紹介先・自院両方へ通院）  □その他 | | |
| **治療経過** | | **備考** |
| 注）1. 記入欄不足の場合は，続紙を添付してください。  　　2. 必要に応じて，画像診断フィルム，検査記録等を添付してください。  　　3. 宛名欄の医師名が不明の場合は，診療科名のみご記入ください。 | |  |

肝疾患診療支援センター　2019年3月作成