

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

紹介・診療情報提供書

(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	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他・不明
現在の処方 ※肝疾患以外も含む	<input type="checkbox"/> とくになし <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	
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

もし測定されていたらご記載ください (※紹介時に記載いただく必要はありません)

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。