

# 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>«B型肝炎について»</b> <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	<b>«C型肝炎について»</b> <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

<b>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)</b> <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