

名古屋市立大学病院

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 052-858-7130

平日 8:30~19:00

土 8:30~12:30

記入日	年	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 ・ 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"/> その他 (<input type="checkbox"/> 強カネオミノファーゲンシー	<input type="checkbox"/> ウルソ)
既往歴・家族歴など			

検査結果	(検査日)
------	-------

《B型肝炎》

HBs 抗原: 陽性 ・ 陰性

《C型肝炎》

HCV 抗体: 陽性 ・ 陰性

測定されていたらご記載ください

 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

今後の診療連携に関する希望

- 名市大での判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)
- 名市大で肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療
(名市大・自院両方へ通院)
- その他 ()

備考

備考
