

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 | | | |
| 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 | | | |

| | |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 紹介理由 | <input type="checkbox"/> B型肝炎（の疑い） <input type="checkbox"/> C型肝炎（の疑い） <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|----------------------|
| その他 何かございましたらお書きください |
| |

| | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 検査結果があればご記載ください | (検査日) |
| <p>B型肝炎 HBs抗原： 陽性 ・ 陰性</p> <p>C型肝炎 HCV抗体： 陽性 ・ 陰性</p> | |