

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	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□欄に✓をいれてください)	(検査日)
----------------------------	--------

「B型肝炎について」 <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	「C型肝炎について」 <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
--	--

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□に✓をいれてください) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他 ()

備考 * 受診時、お薬手帳を持参してもらってください
