

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 8:30~18:30

# 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"/> 肝保護薬 ( <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、画像データ CD、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。