

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	
症状経過及び 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

もし測定されていましたらご記載ください (※紹介時に記載いただく必要はございません)

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。