

診療情報提供書（B型肝炎・C型肝炎診療連携用）

紹介先医療機関名

_____ 病院 _____ 科 _____ 先生

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関の所在地および名称

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

印

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記の患者様が、貴院での肝疾患の専門的診療を希望されておりますので御高診の程よろしくお願いたします。

患者氏名	性別	男	・	女
住所				
電話番号				
生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日（才）職業
傷病名	B型肝炎	・	C型肝炎	
既往歴・家族歴・併発症など				
検査結果（その他の検査結果があれば別紙添付します）				
【B型肝炎について】（検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）		【C型肝炎について】（検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）		
<input type="checkbox"/> HBs 抗原 陽性・陰性		<input type="checkbox"/> HCV 抗体 陽性・陰性		
		<input type="checkbox"/> HCV-RNA _____ Log IU/mL・陰性		
（検査済の項目に☑を入れてください）				
症状経過および治療経過、現在の処方				
紹介目的と今後の連携に関する希望				
<input type="checkbox"/> 精密検査＋治療方針決定まで（治療はすべて自院で行う）				
<input type="checkbox"/> 精密検査＋初期治療導入まで（継続治療は自院で行う）				
<input type="checkbox"/> 精密検査＋初期治療＋専門医療機関に定期通院（継続治療は自院で行う）				
<input type="checkbox"/> 精密検査＋初期治療＋専門医療機関で継続治療（診療連携は希望する）				
<input type="checkbox"/> 全て専門医療機関でお願いしたい（自院への通院は不要）				
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
連携手段の希望				
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書				
<input type="checkbox"/> 電話・FAX（ _____ ） _____				
<input type="checkbox"/> E-mail（ _____ @ _____ ）				
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）				
備考				