

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) <input type="checkbox"/> HBs 抗原 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBe 抗原 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBe 抗体 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBV-DNA _____ Log copies/mL ・ 陰性	【C型肝炎に <input type="checkbox"/> HCV _____ <input type="checkbox"/> HCV-DNA _____ <input type="checkbox"/> HCV _____ (検査済の項目)	<ul style="list-style-type: none"> 可能な範囲で記載ください。 肝機能などの検査結果は、電子カルテのコピーの添付でも結構です。
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（ _____ ）		<ul style="list-style-type: none"> 過去の治療歴、可能な範囲で記載ください。 併存疾患記載ください。 現在投与中の薬剤記載ください。電子カルテのコピーの添付でも結構です。
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"/> 石川県肝炎診療連携調査票（石川県肝炎診療連携同意済みの方のみです） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		<ul style="list-style-type: none"> その他要望などございましたら記載ください。
備考		