石川県肝炎診療連携　専門医療機関受診調査票

＜かかりつけ医記入欄＞

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　性別：＿＿＿

生年月日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生

〒

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介医療機関名：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介医名：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

石川県肝炎診療連携で診断・画像検査・治療方針について御高診お願いします。

HCV抗体陽性　　HBs抗原陽性

コメント：

＜専門医療機関記入欄＞

	HCV抗体陽性	HBs抗原陽性
検査実施日	腹部超音波検査（　年　月　日） 腹部造影CT（　年　月　日） 腹部造影MRI（　年　月　日） 肝生検（　年　月　日）	腹部超音波検査（　年　月　日） 腹部造影CT（　年　月　日） 腹部造影MRI（　年　月　日） 肝生検（　年　月　日）
診断結果	1 慢性肝炎　4 ウイルス駆除後 2 肝硬変　5 その他 3 肝癌（　）	1 慢性肝炎　4 無症候性キャリア 2 肝硬変　5 その他 3 肝癌（　）
今後の望ましい検査方針	腹部超音波検査（　年　月　日） 腹部造影CT（　年　月　日） 腹部造影MRI（　年　月　日）	腹部超音波検査（　年　月　日） 腹部造影CT（　年　月　日） 腹部造影MRI（　年　月　日）
今後の望ましい治療方針	1 経口抗ウイルス薬　4 経過観察 2 他の注射・内服薬　5 その他 3 投薬終了後経過観察（　）	1 経口抗ウイルス薬　4 経過観察 2 他の注射・内服薬　5 その他 3 経口抗ウィルス薬継続（　）

今年度の数値　血小板値（　　／μL）　AST値（　　U／L）　ALT値（　　U／L）

コメント：

専門医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当医名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

肝炎診療連携事務局連絡先：076-265-2244（金沢大学 肝疾患相談センター）

令和3年度

肝疾患診療連携拠点病院 郵送用