

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: _____	紹介医療機関名: _____
生年月日: _____ 生 〒 _____	紹介医名: _____
住所: _____	
電話番号: _____	
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
ALT値(_____ IU/L)	血小板値(_____ / μ L)
コメント: _____ _____	

<専門医療機関記入欄>

HCV 抗体陽性	HBs 抗原陽性	(いずれかに○をして下さい)
検査施行日: 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 2. 肝硬変 3. 肝がん	4. 無症候性キャリア 5. その他 (_____)	
今後の望ましい検査方針: 腹部超音波検査 (年 月頃)	腹部造影CT (年 月頃)	腹部造影MRI (年 月頃)
今後の望ましい治療方針: 1. インターフェロン療法 2. 経口抗ウイルス薬	3. 他の注射・内服薬・ _____	4. 経過観察
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)
連携協議会(肝疾患診療連携拠点病院内)郵送用