

長崎大学病院消化器内科

B型肝炎・C型肝炎用 診療情報提供書

(診療情報提供書として紹介患者予約申込書と一緒に提出ください)

記入日			
医療機関名		電話番号	
医師氏名	印		
フリガナ			
患者氏名		性別	職業
生年月日	年 月 日 (歳)		
紹介内容			

検査結果

肝機能	AST () IU/ml、ALT () IU/ml、γGTP () IU/ml
B型肝炎	HBs抗原 → 陽性・陰性 (下記については検査時のみ記載お願いします) HBV DNA 陽性・陰性 () log copies/mL・()IU/mL
C型肝炎	HCV抗体 → 陽性・陰性 (下記については検査時のみ記載お願いします) HCV-RNA 陽性・陰性 () log IU/mL

肝疾患への処方	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 肝庇護薬など()
飲酒歴	
既往症・家族歴・合併症など	

今後の診療連携に関する希望 (希望する項目の□にレを入れて下さい)
<input type="checkbox"/> 長崎大学病院の判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)
<input type="checkbox"/> 長崎大学病院で肝疾患の精密検査と治療+自院で肝疾患以外の継続治療
<input type="checkbox"/> その他 ()

外来予約担当医	
月	中尾一彦・福島真典
火	三馬 聡
水	中尾一彦・宮明寿光 ・佐々木 龍
木	宮明寿光・原口雅史
金	三馬 聡

備考
