

# 東北大学病院

## B型・C型肝炎用 診療情報提供書

診療予約申込書と一緒に

FAXしてください

FAX 022-717-7132

月～金 8:30～17:00

(祝日・年末年始を除く)

紹介元医療機関の所在地および名称

記入日	年	月	日
医療機関名			
住所			
電話番号			
医師氏名			印

フリガナ			
患者氏名	性別	男・女	職業
生年月日	西暦・大正・昭和・平成・令和	年	月 日 ( 歳)
住所			
T E L	自宅		携帯

病名	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> C型肝炎	<input type="checkbox"/> その他・不明
肝疾患への 現在の処方	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー	<input type="checkbox"/> ウルソ
	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
既往歴・家族歴など			

検査結果	(検査日 年 月 日)
<b>&lt;&lt;B型肝炎&gt;&gt;</b> <b>HBs抗原：陽性・陰性</b>	<b>&lt;&lt;C型肝炎&gt;&gt;</b> <b>HCV抗体：陽性・陰性</b>

測定されていたらご記載ください

HBe抗原：陽性・陰性       HBV-DNA定量：( ) log IU/mL ・陰性

HCV-RNA定量：( ) log IU/mL ・陰性

今後の診療連携に関する希望 (希望する項目の□に✓をいれてください)

東北大学病院での判断に任せる (自院への通院はどちらでもよい)

東北大学病院で肝臓の精密検査と治療 + 自院で肝臓以外の継続治療  
(東北大・自院両方へ通院)

その他 ( )

備考