**東北大学病院**

**B型・C型肝炎用**

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

診療情報提供書

紹介元医療機関の所在地および名称

**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）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **性別** | 男 ・ 女 | **職業** |  |
| **患者氏名** |  |
| **生年月日** | 西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 （ 歳） |
| **住所** |  | **電話番号** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **病名** | **□B型肝炎** | **□C型肝炎** | **□その他・不明** |
| **肝疾患への現在の処方** | □ 特になし 　　　□ 強力ネオミノファーゲンシー　　　□ ウルソ□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **既往歴・家族歴など** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **検査結果** | （検査日　　　　　　　　　　　） |
| **≪B型肝炎≫ ≪C型肝炎≫****HBs抗原: 陽性 ・ 陰性** **HCV抗体: 陽性 ・ 陰性** 測定されていまし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** |
| □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** |
|  |