

東北大学病院

紹介元医療機関の所在地および名称

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)

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

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	<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"/> その他 (<input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー	<input type="checkbox"/> ウルソ)
既往歴・家族歴など			

検査結果	(検査日)
------	--------

≪B型肝炎≫

HBs 抗原：陽性 ・ 陰性

≪C型肝炎≫

HCV 抗体：陽性 ・ 陰性

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