Ｃ型肝炎診療情報提供書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

紹介先医療機関

　　　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　科

　　　　　　　　　　　先生

　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関の所在地

名称

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　印

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　性別　男・女

患者住所　　　　　　　　　　　　　　電話番号

生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　日

年齢　　　　　歳

傷病名　・Ｃ型肝炎

・その他の病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

紹介目的　（□にチェックしてください）

□Ｃ型肝炎の抗ウイルス治療適応の判断および治療における診療連携

□ follow upに関する助言

症状経過および検査結果

HCV抗体　　陽性

HCV RNA（リアルタイムRCR法）　　　　　log IU/ml（測定していなければ記入不要です）

現在の処方

抗ウイルス治療が必要な場合の治療および治療後のfollow upに関する希望

（　）治療およびfollow upとも紹介先に任せる

（　）自院で治療およびfollow upを行う

（　）紹介先と自院で連携して治療およびfollow upを行う

（　）紹介先で治療を行い、follow upは自院で行う

（　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

備考