Ｂ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

・Ｂ型肝炎

・その他の病名

（　　）

紹介目的　（□にチェックしてください）

□Ｂ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

HBs 抗原　　陽性

HBV DNA（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

今回の肝炎ウイルス検査についてあてはまるものにチェックをお願いします。

（　）保健所または委託医療機関の肝炎ウイルス検査

（　）職場の健康診断における肝炎ウイルス検査

（　）市町村が実施する妊婦健診における肝炎ウイルス検査

（　）手術前の肝炎ウイルス検査

（　）その他

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

（　）紹介先で治療を開始し、治療継続および follow up は自院で行う

（　）その他（　　）

備考

※受け取られた医療機関はインターネットからアンケートに回答して下さい

回答 URL　https://forms.gle/85tyz2H3EuuNU3mW7