

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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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
