ウイルス性肝炎早期発見・治療サポートプロジェクト in kumamoto

診療情報提供書（B型・C型肝炎連携用）

紹介先医療機関名

　　年　　月　　日

紹介元医療機関の所在地及び名称

名称

住所

電話番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記の患者様が、貴院での肝疾患の専門的診療を希望されておりますので　　御高診の程よろしくお願いいたします。

**患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別**　　男 ・ 女

**住所**

**電話番号**

**生年月日**　　　　　　　　　　　　　　　　　　**職業**

**傷病名**B型肝炎　　　・　　　C型肝炎

**【B型肝炎について】 　検査日　　　　　　年　　　月　　日**

 **□HBs抗原　（　陽性 ・ 陰性　）　　　□その他　（　　　　　　　　）**

**【C型肝炎について】 　検査日　　　　　　年　　　月　　日**

 **□HCV抗体　（　陽性 ・ 陰性　）　　 □その他　（　　　　　　　　）**

**【紹介目的】**

 **□精密検査＋治療方針決定まで　（治療は他院で行う）**

 **□すべて（精密検査＋治療方針決定＋治療まで）　□その他　（　　　　　　　　　　）**

**【備考】**