

診療情報提供書（C型肝炎・B型肝炎診療連携用）

紹介先医療機関名

_____ 病院 _____ 科 _____ 先生

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関の所在地および名称

医療機関名

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たします。

患者氏名	性別	男	・	女
住所				
電話番号				
生年月日	西暦・大正・昭和・平成	年	月	日（才）職業
傷病名	C型肝炎	・	B型肝炎	
【C型肝炎について】	(検査日	年	月	日)
<input type="checkbox"/>	HCV抗体	陽性・陰性		
<input type="checkbox"/>	その他	()
【B型肝炎について】	(検査日	年	月	日)
<input type="checkbox"/>	HBs抗原	陽性・陰性		
<input type="checkbox"/>	その他	()
紹介目的と今後の連携に関する希望	<input type="checkbox"/>	精密検査＋治療方針決定まで（治療はすべて自院で行う）		
	<input type="checkbox"/>	全て専門医療機関でお願いしたい		
	<input type="checkbox"/>	その他	()
現在の処方				
自由記載欄				

※照会先医療機関

【肝疾患診療連携拠点病院】

福井県済生会病院

【肝疾患診療専門医療機関】

福井大学医学部附属病院 大滝病院 福井県立病院 福井厚生病院 福井赤十字病院 ドクターズ
藤田医院 野村内科医院 田中内科クリニック 大野内科消化器科医院 福岡内科クリニック
福井勝山総合病院 笠原病院 橘医院 公立丹南病院 市立敦賀病院 くまがい内科クリニック
小浜病院 まつだ内科クリニック