

マツダ病院
B型・C型肝炎用
診療情報提供書
診療予約申込票と一緒に
FAXしてください
FAX 082-565-5137
平日 8:15 ~ 16:45

紹介元医療機関の所在地および名称

| | | | |
|-------|---|---|---|
| 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 医療機関名 | | | |
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 医師氏名 | | | 印 |

| | | | |
|------|------------------------------------|-------|------|
| フリガナ | | | |
| 患者氏名 | 性別 | 男 ・ 女 | 職業 |
| 生年月日 | 西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳) | | |
| 住所 | | | 電話番号 |

| 病名 | B型肝炎 | C型肝炎 | その他・不明 |
|------------|----------------|---------------|------------|
| 肝疾患への現在の処方 | 特になし その他() | 強力ネオミノファーゲンシー | ウルソ () |
| 既往歴・家族歴など | | | |

| 検査結果 | (検査日) |
|--|--------------------------------|
| B型肝炎 HBs 抗原: 陽性 ・ 陰性 | C型肝炎 HCV 抗体: 陽性 ・ 陰性 |
| 測定されていたらご記載ください HBe 抗原: 陽性 ・ 陰性 HBV-DNA 定量: () log IU/mL ・ 陰性 HCV-RNA 定量: () log IU/mL ・ 陰性 | |
| 備考 | |