

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	