診療情報提供書（B型･C型肝炎連携用）

函館･渡島

令和　　年　　月　　日

紹介先医療機関名（下記医療機関の□に✔してください）

□ 函館五稜郭病院　　□ 函館中央病院　　□ 市立函館病院　　地域医療連携室

■ **函館五稜郭病院**
FAX:0120-51-5698

■ **函館中央病院**
FAX:0120-71-5888

■ **市立函館病院**
FAX:0120-50-3620

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致します。

患者氏名:　　性別:　男 ・ 女

住所:

電話番号:

生年月日:　　職業:

【貴院での治療歴など】

病名:

既往歴/家族歴:

治療経過/投薬内容:

【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】

□ すべて（精密検査＋治療方針決定＋治療まで）

□ B 型肝炎再活性化

□ 精密検査＋治療方針決定まで（治療は他院で行う）

□ その他（　　）

【備考】