

平成 年 月 日

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

近畿大学医学部奈良病院 消化器内科 _____ 先生

紹介元医療機関の名称及び所在地

医療機関名

住所

電話番号

診療科

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	