診療情報提供書 (肝炎ウイルス検査陽性者用)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  |  | 　　　　月 | 　　日 |
| FAX |  |
| 医師氏名 |  | 印 |

順天堂大学医学部附属静岡病院

肝疾患相談支援センター　担当医　行

**ＦＡＸ：055-948-2103**

（地域医療連携室直通）

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

|  |
| --- |
| **検査結果** |
| 陽性の検査にチェックをお願いします。**□HBs抗原　□HCV抗体**  |

|  |
| --- |
| **自院診療内容に関し、特記事項がある場合ご記載願います。** |
| ・病名・既往歴、家族歴・投薬内容 |

|  |
| --- |
| **備考　（希望日・希望曜日等）** |
|  |