

診療情報提供書 (肝炎ウイルス検査陽性者用)

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

F A X : 055-948-2103

(地域医療連携室直通)

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			
FAX			
医師氏名			印

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)

--