紹介状（診療情報提供書） **【肝線維化評価プログラム)】**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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

消化器内科　外来担当医　行

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | |

|  |
| --- |
| **紹介内容** |
| ■ 血小板数（　　　　　　）　■ M2BPGi（　　　　　　）  □ 糖尿病　　□ 高血圧　　□ 脂質異常症  □ その他（　　　　　　　　　　　　　）  常習飲酒歴　□ あり　　□ なし |

|  |
| --- |
| **紹介後の方針に関する希望** |
| □　経過観察 ・ 治療は、当院で  　□　経過観察 ・ 治療は、順天堂大学医学部附属静岡病院で |

※ 予約は不要です、当日午前中の受診をご指示下さい。