**肝炎ウイルス検査陽性者用　診療情報提供書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話  FAX番号 |  | | |
| 医師氏名 |  | | |

浜松医科大学医学部附属病院

　　　　　　　　肝臓内科　担当医　　行

**ＦＡＸ：０５３-４３５-２８４９**

（地域連携室直通）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 性別 |
| 患者氏名 | 様  （　　　　　　　　　　　　）旧姓がありましたらご記入ください。 | | 男　　・　　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　　日　生 | | |
| 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** | | | |
| 病名 | |  | |
| 既往歴、家族歴 | |  | |
| 治療経過/投薬内容 | |  | |
| ＜備考＞ | | | |