**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＞ |