

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

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)

記入日	年	月	日
医療機関名			
所在地			
電話 FAX 番号			
医師氏名			

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。		
<input type="checkbox"/> HBs 抗原 <input type="checkbox"/> HCV 抗体		

第1受診希望日	年 月 日() 午前・午後
第2受診希望日	年 月 日() 午前・午後
自院診療内容に関し、特記事項がある場合ご記入願います。 ・病名 ◎既に浜松医科大学医学部附属病院での受診歴がある ⇒○を付けてください。(はい・いいえ)	

備考

ご本人(家族)より直接予約取りの連絡がある場合は、右記の□にレ点をお願いいたします。