

# 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		
病名		
既往歴、家族歴		
治療経過/投薬内容		
<備考>		