**大阪公立大学病院**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 年 | 月 | 日 | |
| 医療機関名 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 医師氏名 |  | | | 印 |

**肝胆膵内科**

**B型・C型肝炎用**

診療情報提供書

紹介元医療機関の所在地および名称

初診受付は月～金曜日9時～10時30分です。

（土日祝、年末年始除く）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | |  | **性別** | 男 ・ 女 | | **職業** |  |
| **患者氏名** | |  |
| **生年月日** | | 西暦 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 （ 歳） | | | | | |
| **住所** |  | | | | **電話番号** |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **病名** | **□B型肝炎** | | **□C型肝炎** | **□その他（　　　　　　　）（　　　　　　　　　）・不明** |
| **肝疾患への現在の処方** | □ 特になし □ 肝庇護薬 （□ 強力ネオミノファーゲンシー、□ ウルソ）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **既往歴・家族歴合併症など** | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **検査結果（検査済み項目の□欄に✔をいれてください）** | （検査日　　　　　　　　　　　） |
| **≪B型肝炎≫ ≪C型肝炎≫**  **HBs抗原: 陽性 ・ 陰性** **HCV抗体: 陽性 ・ 陰性**    測定されていましたらご記載ください  □HBe抗原: 陽性 ・ 陰性 　　□HBV-DNA定量: (　　　　　) log IU/mL ・ 陰性  □HCV-RNA定量: (　　　　　) log IU/mL ・ 陰性 | |
| **紹介目的と今後の診療連携に関する希望（希望する項目の□に✔をいれてください）** | |
| □大阪公大での判断に任せる（自院への通院はどちらでもよい） | |
| □大阪公大で肝臓の精密検査と治療＋自院で肝臓以外の継続治療（大阪公大・自院両方へ通院） | |
| □その他（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **備考** | |
|  | |

2023年7月