

電話受

月

日

:

担当者

**肝炎・肝疾患診療連携専用****診療予約申込書 兼 診療情報提供書 (FAX 用)**

令和 年 月 日 紹介元機関

所在地

太枠の中をご記入の上  
FAXして下さい。

TEL / FAX

医師氏名

フリガナ				性別
患者氏名				男・女
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生 ( 歳)
住所	〒 -			
連絡先	携帯電話:	当院受診歴		
	固定電話:	有・無・不明		
紹介目的	<input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
診断名	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 脂肪肝 ( <input type="checkbox"/> アルコール性 <input type="checkbox"/> その他)			
診療経過・症状 現在の処方内容	●検査結果 (検査日: 年 月 日) *検査済の場合は☑を入れて下さい			
	<p>【B型肝炎】</p> <input type="checkbox"/> HBs抗原 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HBV DNA _____ log IU/mL <input type="checkbox"/> ALT (GPT) _____ IU/L <p>【C型肝炎】</p> <input type="checkbox"/> HCV抗体 陽性・陰性 <input type="checkbox"/> HCV RNA _____ log IU/mL <p>【脂肪肝・アルコール】</p> <input type="checkbox"/> ALT (GPT) 40IU/L 以上 ・ 40IU/L 未満 <input type="checkbox"/> 血小板 $15 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 以上 ・ $15 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 未満 <p>●備考 (症状・治療経過、治療状況、患者に対する留意事項、薬剤アレルギー、嗜好など)</p>			
持参資料	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> X線・ <input type="checkbox"/> CT・ <input type="checkbox"/> MRI・ <input type="checkbox"/> 内視鏡・ <input type="checkbox"/> 超音波・ <input type="checkbox"/> 心電図・ <input type="checkbox"/> 検査記録)			
診療希望日	第1希望 月 日 ( ) 第2希望 月 日 ( )			
	<input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> ご都合の悪い日・時間 ( )			
主保険	保険者番号		記号・番号	
併用保険	負担者番号		受診者番号	種別
				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無