

# 診療情報提供書（B型肝炎診療連携用）

紹介先医療機関名(下記医療機関の□に✓してください)

函館市医師会 函館五稜郭 函館中央 市立函館 病院 地域医療連携室

<b>■函館市医師会病院</b> FAX : 0138-43-3416
<b>■函館五稜郭病院</b> FAX : 0120-515-698
<b>■函館中央病院</b> FAX : 0120-715-888
<b>■市立函館病院</b> FAX : 0120-503-620

平成 年 月 日

<b>紹介元医療機関の所在地および名称</b>	
医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX	
医師名	印

患者様氏名	性別 男 ・ 女
住所	
電話番号	
生年月日	西暦・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
病名	HBs 抗原陽性キャリア ・ B 型慢性肝炎 ・ B 型肝炎硬変
<input type="checkbox"/> B 型慢性肝炎の家族歴 あり ・ なし ( )	
<input type="checkbox"/> 飲酒歴 あり ・ なし ( )	
<input type="checkbox"/> 合併症 ( )	
検査結果 (検査日 年 月 日)	
【必須検査項目】	
■ HBs 抗原：陽性・陰性	
■ ALT (GPT) : _____ IU/L	
■ 血小板数 : _____ ×10 <sup>4</sup> /μL	
【任意検査項目】	
■ HBV-DNA 定量 : _____ Log copies/mL ・ 陰性 (リアルタイム PCR 法で測定)	
その他の検査結果、画像等があれば別途添付する。	
現在の処方薬 (肝炎関連)	
<input type="checkbox"/> 特になし	
<input type="checkbox"/> 肝庇護薬 ( <input type="checkbox"/> 強力ネオミノファーゲンシー、 <input type="checkbox"/> ウルソ)	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
今後の連携に関する希望	
<input type="checkbox"/> 精密検査+治療方針決定まで (経過観察 or 治療は全て自院で行う)	
<input type="checkbox"/> 精密検査+治療導入まで (経過観察 or 継続治療は自院で行う)	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	
その他、特記事項	