

# B型・C型肝炎ウイルス陽性者 診療情報提供書

記載日 年 月 日

紹介先医療機関名

担当科・担当医師

科

先生

紹介元医療機関名

医師氏名

電話番号

FAX番号

フリガナ		性別	男・女	
患者氏名				
生年月日	年 月 日 ( 歳)	電話番号		
住所			職業	

検査結果

検査日： 年 月 日

陽性の検査にチェックをお願いします。(※肝機能異常の有無は問いません。)

HBs抗原

HCV抗体

傷病名

B型肝炎

C型肝炎

その他・不明 ( )

紹介目的及び今後の連携について

全て専門医療機関又は肝臓専門医の判断にお願いしたい。

精密検査、治療方針の決定をお願いしたい。(治療は紹介元医療機関で行う。)

その他 ( )

青森県における肝疾患診療連携拠点病院等

《肝疾患診療連携拠点病院》 《肝疾患相談センター》

弘前大学医学部附属病院

《青森県肝疾患専門医療機関》

青森市民病院 青森県立中央病院 弘前総合医療センター 黒石市国民健康保険黒石病院 八戸市立市民病院

八戸赤十字病院 つがる西北五広域連合つがる総合病院 十和田市立中央病院 むつ総合病院 三沢市立三沢病院

津軽保健生活協同組合健生病院 津軽保健生活協同組合健生クリニック