

診療情報提供書（C型肝炎・B型肝炎診療連携用）

年 月 日

紹介先医療機関名

_____ 病院 _____ 科 _____ 先生

紹介元医療機関の所在地および名称

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

印

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、下記の患者様が、貴院での診療を希望されておりますので御高診の程よろしく願いいたします。

患者氏名	性別	男	・	女
住所				
電話番号				
生年月日	年	月	日（	才） 職業
傷病名	C型肝炎	・	B型肝炎	
【C型肝炎について】（検査日 年 月 日） ☐ HCV 抗体 陽性 ・ 陰性 ☐ その他（ ）				
【B型肝炎について】（検査日 年 月 日） ☐ HBs 抗原 陽性 ・ 陰性 ☐ その他（ ）				
紹介目的と今後の連携に関する希望 ☐ 精密検査＋治療方針決定まで（治療はすべて自院で行う） ☐ 全て専門医療機関でお願いしたい ☐ その他（ ）				
現在の処方				
自由記載欄				

福井県における肝疾患に関する専門医療機関

- 《福井・坂井》 大滝病院 福井県済生会病院 福井県立病院 福井厚生病院 福井赤十字病院
福井大学医学部附属病院 田中内科クリニック ドクター・ズー 野村内科医院
まつだ内科クリニック 大野内科消化器科医院 福岡内科クリニック 藤田医院
医療法人清風会吉田医院
- 《奥越》 福井勝山総合病院
- 《丹南》 笠原病院 公立丹南病院 越前町国民健康保険織田病院 橘医院
- 《二州》 市立敦賀病院 くまがい内科クリニック