

紹介状（B型肝炎用）

平成 年 月 日

神戸市立医療センター西市民病院

消化器内科

_____先生

拝啓

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、貴院にてB型肝炎の精密検査を希望され、適応となれば核酸アナログ製剤、またはインターフェロン製剤による治療を希望されておりますので御高診の程よろしく申し上げます。

敬具

記

患者氏名	様	生年月日	年	月	日（ 歳）	男・女
既往歴	家族歴					
合併症						
臨床検査値（わかる範囲でご記入ください）						
AST(GOT)_____IU/L ALT(GPT)_____IU/L 血小板 _____ $\times 10^4$ /mm ³						
HBV DNA 定量 _____コピー/ml（リアルタイム PCR 法）						
HBe 抗原 陽性・陰性 HBe 抗体 陽性・陰性						
その他						
現在の処方薬（別途添付可）						
当院希望欄						
<input type="checkbox"/> 精密検査のみ貴院にお願いし、当院で治療を行いたく存じます。						
<input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤またはインターフェロン製剤での初期導入治療後、当院で外来継続治療を行いたく存じます。						
<input type="checkbox"/> 貴院での治療終了後、当院で経過観察を行いたく存じます。						
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）以上						

医療機関名

住所

医師氏名

電話番号

メールアドレス