

紹介状（C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C型肝炎の精密検査を希望され、適応となればインターフェロン治療、DAA製剤治療等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	AST(GOT) _____ IU/L ALT(GPT) _____ IU/L 血小板 _____ $\times 10^4/mm^3$ HCV抗体 _____ (HCVセロタイプ 型、HCV-RNA logIU) 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"/> 初期導入治療後、当院で外来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