

診療情報提供書

平成 年 月 日

(肝炎患者紹介用)

医療機関等名

病院

先生 侍史

医院名

住所

医師名

TEL. 0258-()-() FAX. 0258-()-()

患者氏名

様

歳 性別 男性・女性

(生年月日 年 月 日)

当院 I D

上記の患者様について 紹介・報告いたします。

傷病名

#1. HBs 抗原 陽性

HCV 抗体 陽性

#2. その他 ()

上記の患者様を御紹介申し上げます。

HBs 抗原

HCV 抗体

陽性のためご紹介します。

臨床情報の詳細は、長岡市医師会肝炎患者紹介パスをご参照下さい。

貴院での診療後は、連係パスを用いた診療を希望しないので、

貴院での診療を希望します。

連携パスを用いた診療を希望します。

【既往・合併症】なし あり ()

【当院からの要望】

【当科処方】

添付資料：長岡市医師会肝炎紹介パス