

診療情報提供書

(肝炎患者返信用)

平成 年 月 日

医療機関等名

医院・病院

医院名

住所

医師名

先生 侍史

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ID

上記の患者様について〔紹介・報告〕いたします。

傷病名

#1.

上記の患者様について（ご紹介・ご報告）申し上げます。

ウイルス型は

B型・C型

診断は

慢性肝炎・肝硬変・HBVキャリア・HCV既往感染

異常なし ()

活動性は、

あり・ほとんどなし

です。

今後は

当院にて抗ウイルス療法を開始します。

長岡市医師会医療連携パスを用いた経過観察を行います。

これ以上の精査・通院は不要です

具体的な通院と検査は下記のように行います。

1) 定期通院・採血

1・2・3・6ヶ月ごとに、貴院にて定期採血を施行下さい。

※ 病状に応じて、通院、採血間隔は変動することもあります。

2) 専門医療機関にて精密検査

1・2・3・6・12ヶ月ごとに、当院に通院下さい。

抗ウイルス治療、肝細胞がん治療が必要になった際は当院にて治療いたします。

採血、診療につきましては、医療連携パスに従って、施行下さい。

この度は、ご紹介ありがとうございました。

添付資料：長岡市医療連携パス（医療者用）