

長岡市医師会肝炎患者紹介パス

かかりつけ医記入欄

は必ず記入下さい

紹介理由

- HBs 抗原陽性
HCV抗体陽性

患者名 _____ 年齢 ____ 性別 ____ 男・女
 生年月日 ____年 ____月 ____日

慢性肝炎の診断・治療歴 あり・なし ____年 ____月 ____日
 肝細胞がん (HCC) の治療歴 あり・なし ____年 ____月 ____日
 基礎疾患 あり・なし (_____)
 使用薬剤 あり・なし (_____)
 飲酒歴 あり・なし
 輸血歴 あり・なし ____年 ____月 ____日
 自覚症状 あり・なし
HBs抗原・HCV抗体陽性判明日 ____年 ____月 ____日
 検査データ 採血データ添付 あり・なし

連携パスを使用した診療 可能・不可能
 インターフェロン投与 可能・不可能
 強力ミノファージェン投与 可能・不可能
 処方 可能・不可能
 エコー検査 可能・不可能
 上部内視鏡検査 可能・不可能

※連携パスを使用した併診をご希望されない場合は、不可能にチェックして頂ければ
 その後の通院はすべて紹介先医療機関で行うように致します

紹介元医療機関名 _____
 記載医師名 _____

専門病院医療者記入欄

HBs抗原陽性患者記入欄

HBe抗原 (+/-)	判定
HBe抗体 (+/-)	B型慢性肝炎 活動性 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
HBV-DNAウイルス量 (_____ LC/ml)	治療 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要

HCV抗体陽性患者記入欄

HCV抗体価 (測定法)	判定
HCVセログループ/ゲノタイプ	C型慢性肝炎 活動性 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
HCV-RNAウイルス量 (_____ log IU/ml)	治療 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要
HCVコア蛋白 (_____)	

検査

採血検査 データ添付 あり・なし
 腹部エコー あり・なし
 腹部CT あり・なし
 上部内視鏡検査 あり・なし
 静脈瘤 あり・なし
 画像検査結果 異常なし
慢性肝疾患
肝硬変
 肝細胞がん あり・なし
 その他 (_____)

治療方針

通院予定	抗ウイルス療法 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 不要	ウルソ <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 当院のみで治療 定期通院 (____か月ごと) (_____)	(<input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 900 mg/日)
	<input type="checkbox"/> 連携パス使用 定期通院 (____か月ごと)	強力ミノファージェンC <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (_____ ml/ 回・週)
	<input type="checkbox"/> 通院不要	その他の治療 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

紹介元医院 通院指示 診察 あり・なし
 処方 あり・なし
 注射 あり・なし
 採血 あり・なし

所属 _____
 記載医師名 _____