

# 肝疾患 診療依頼書兼診療情報提供書

(その他の地区用)(様式1-B)

紹介日: 年 月 日

診療依頼先 東海大学医学部附属病院 医療連携室 あてにFAXください  
TEL:0463-93-8495(直通) FAX:0463-93-1125(直通)

## 紹介目的および経過

肝疾患地域連携パス  
備考( )

## 傷病名

<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陽性	→	<input type="checkbox"/> B型
	→	<input type="checkbox"/> C型
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス陰性	→	<input type="checkbox"/> ALT(60 IU/L以上)かつ BMI 25以上

## 参考所見(症状・その他自他覚症状)

肝硬変疑い

## その他

栄養指導希望

処方欄・検査データ

処方箋・(検査データもあれば)も併せてFAXしてください。  
当用紙の原本・処方箋・検査データは予約日にお持ちください。

受診希望日	
第1希望日: 月 日	第2希望日: 月 日
入院希望あり:	<input type="checkbox"/> 当日対応希望 <input type="checkbox"/> 診療時の判断にて

## 紹介元医療機関名

住 所 : \_\_\_\_\_

T E L : \_\_\_\_\_

F A X : \_\_\_\_\_

医 師 名 : \_\_\_\_\_ 印

## 患者情報(保険情報)

急性期病院受診歴  あり(ID: \_\_\_\_\_) (旧姓: \_\_\_\_\_)  
 なし

※急性期病院のIDを記載されている場合は下記の欄は変更箇所のみで可。

患者氏名	性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 ( 歳)	
住所	〒	
自宅電話	— —	携帯電話
保険者番号	一部負担助成	有 ・ 無
記号・番号	公費負担番号	
被保険者名	本人・家族	受給者番号
有効期限	年 月 日まで	

※患者情報(保険情報)は保険証のコピーをFAXしてください。その場合は、保険情報の記入は省略していただいて結構です。