

診療情報提供書 I

病院

科

先生 御侍史

記載日

〒503-8502

大垣市南瀬町 4 丁目 86 番地

大垣市民病院

TEL : 0584-81-3341

FAX : 0584-77-0859

診療科名 : 消化器内科

医 師 : ⑨

患者 ID :	生年月日 : ()
患者氏名 : 様	性別 :
住所 :	
Tel	
目的 : C 型肝炎ウイルス排除後地域連携パスのお願い	
紹介区分	<input type="checkbox"/> 紹介医への診療継続依頼 <input type="checkbox"/> かかりつけ医として診療継続依頼 <input type="checkbox"/> 新規医療機関への紹介
添付書類 :	<input type="checkbox"/> 画像情報 <input type="checkbox"/> 治療計画 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 ()
傷病名又は主訴	C 型肝炎ウイルス排除後
既往歴・家族歴	
○現病歴と経過・治療計画 : いつも大変お世話になっております。C 型慢性肝炎に対して 昭和 年 による治療でウイルス排除に成功し、以降肝細胞癌のサーベイランス目的で通院中の方です。 先生のところにかかりつけとうかがいました。 今後 C 型肝炎ウイルス排除後地域連携パスを運用したく、よろしくお願ひ申し上げます。 今後ともよろしくお願ひ申し上げます。	
○処方	
○備考	

