

診療情報提供書

平成 年 月 日

〒300-0395
茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1
東京医科大学茨城医療センター
消化器内科 肝臓専門医

先生

(郵便番号)
(住所)
(医療機関名)
(医師名)
(電話番号)

下記の患者様をご紹介致しますのでよろしくお願いいたします。

患者氏名	性別	男・女
患者住所	〒	県 市・郡
生年月日	昭和・平成	年 月 日
傷病名・紹介目的 C型肝炎再治療についての意見伺い		
上記症例に対するインターフェロン治療の再施行について、ご意見を伺いたく存じます。		
HCVジェノタイプ 型 (セロタイプ 群) アスナプレビル+ダクラタスビル投与期間 (西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 アスナプレビル+ダクラタスビル投与前の耐性変異測定方法ならびに結果 <input type="checkbox"/> インベーター法(BML社) <input type="checkbox"/> ダイレクトシーケンス法(LSI社) <input type="checkbox"/> サイクリングプローブ法(SRL社) (測定年月日 年 月 日) Y93変異 (あり・なし) L31変異 (あり・なし) (その他の変異:) 現段階での臨床診断: <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変(Child Pugh <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) 肝癌の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 既往有り		
(追記)		