

# 肝炎治療紹介状

平成 年 月 日

横浜市立大学附属病院

消化器内科 先生

印

患者様ご氏名 様 男・女

患者様ご住所 Tel

M.T.S.H 年 月 日生( )歳 職業

紹介目的  肝炎精査  治療法の指導  
 インターフェロン治療  
 その他 ( )

肝炎ウィルス HBs 抗原陽性 HCV 抗体陽性 ウィルス不明

既往歴 \_\_\_\_\_

家族歴 \_\_\_\_\_

経過 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

使用薬剤 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

今後のフォローについて

- 附属病院にてフォロー願います。
- 診断後当院にてフォローします。
- 診断結果及び今後の治療内容により判断します。