

# 患者情報提供用紙（掛かりつけ医 → 専門医）

紹介患者： \_\_\_\_\_ 殿（ \_\_\_\_\_ 歳，男・女）

診 断： \_\_\_\_\_

当院での検査結果は以下のとおりです。

HCV抗体：	陽性・陰性	Serotype：	1型・2型	HCV-RNA：	Log IU/mL,	定性：	陽性・陰性
HBs抗原：	陽性・陰性	HBs抗体：	陽性・陰性	HBV-DNA量：	Log copy/mL・LGE/mL		
HBe抗原：	陽性・陰性	HBe抗体：	陽性・陰性	HBe抗体：	陽性・陰性	飲酒歴：	
抗核抗体：	陽性（ _____ 倍）・陰性	抗M2抗体		陽性（ _____ 倍）・陰性	薬物歴：		
IgG：	mg/dL	IgA：	mg/dL	IgM：	mg/dL	既往歴：	
AST	IU/L	ALT	IU/L	γGTP	IU/L	ALP	IU/L
ヘモグロビン：	g/dL	血小板：	/mm <sup>3</sup>	アルブミン：	g/dL	総ビリルビン：	mg/dL
プロトロンビン時間	%	AFP	ng/mL	PIVKA-II	AU/L		
その他： _____							

治療方針が確定後、当院では以下の処置が可能です（カッコ内には○を付け、下線部には記入をお願いします）。

- ・好中球数を含む血球検査の結果が判明するのは、  
\_\_\_\_\_分後， \_\_\_\_\_時間後， \_\_\_\_\_日後
- ・実施可能な画像検査  
（なし・腹部超音波検査・造影CT・MRI・上部消化管内視鏡検査・その他： \_\_\_\_\_）
- ・グリチルリチン製剤の静脈内投与：（不可能・可能）：製剤名： \_\_\_\_\_  
投与量：（60 mLまで・100 mLまで），実施可能な曜日： \_\_\_\_\_
- ・ペグインターフェロン製剤の皮下投与：（不可能・可能）
- ・インターフェロン-β製剤の静脈内投与：（不可能・可能）
- ・その他： \_\_\_\_\_