

## 患者情報提供用紙（専門医 → 掛かりつけ医）

当院では以下の処置を行います。

- ( ) 貴院では以下の処置をお願い致します。  
( ) 貴院での処置を以下のように変更するようお願い致します。

・ 血液検査： \_\_\_\_\_ 週ごと， \_\_\_\_\_ ケ月ごと

測定項目： \_\_\_\_\_

・ 腹部超音波検査： \_\_\_\_\_ ケ月ごと， 腹部造影CT検査

処 方： \_\_\_\_\_

・ グリチルリチン製剤静脈内投与： \_\_\_\_\_ mL， 週 \_\_\_\_\_

・ ペグインターフェロン（商品名： \_\_\_\_\_）

・ インターフェロン- $\alpha$ （商品名： \_\_\_\_\_）筋

・ インターフェロン- $\beta$ （商品名： \_\_\_\_\_）点滴