

# 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。

治療方針が確定後，当院では以下の処置が可能です（カッコ内は）

- ・ 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）
- ・ 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- $\beta$  製剤の静脈内投与：（不可能・可能）
- ・ その他： \_\_\_\_\_

・ グラソプレキサ製剤の静脈内投与：（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- $\beta$  製剤の静脈内投与：（不可能・可能）

・ その他： \_\_\_\_\_