

豊中市 肝炎ウイルス検査精密検査依頼書（紹介状） 兼 結果報告書

年 月 日

主治医 様

平素は、本市の保健事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。さて、本市の実施する肝炎ウイルス検査におきまして下記の方は、要精密検査の結果となりました。つきましては、御高診いただき、精密検査結果が明らかとなりましたら、以下の報告書にご記入の上、一次検診医療機関へご返送していただきますようお願い申し上げます。

（ 精密検査医療機関 → 一次検診医療機関 → 豊中市 ）

受診者	住所		生年月日	年 月 日
	フリガナ	性別	電話番号	
氏名	男・女			
一次検診	実施日	年 月 日	医療機関名 医師名 住所	
	結果	・HBs抗原検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 ・HCV抗体検査 <input type="checkbox"/> 高力価 <input type="checkbox"/> 中力価 <input type="checkbox"/> 低力価 <input type="checkbox"/> 陰性 ※HCV抗体検査結果が中力価・低力価のみ HCV核酸増幅検査 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性		

精密検査結果報告書

※該当する□にレとチェックし、所要事項を記入して下さい。

記入日： 年 月 日

精密検査年月日	年 月 日
精密検査実施医療機関名	
担当医師名	
臨床診断（治療前）	<input type="checkbox"/> 肝炎発症なし <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝臓がん <input type="checkbox"/> その他の疾患（病名： _____） ・GPT（ALT）：（ _____ ）IU/l ・血小板数：（ _____ ）万/ μ l
C型肝炎ウイルスについて	
1. HCVサブタイプ（セロタイプ）	<input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未実施
※ジェノタイプ検査（保険適用外）をしている場合	<input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> その他
2. HCV-RNA定量	・検査法：（ _____ ） ・値：（ _____ ） ・単位：（ _____ ） <input type="checkbox"/> 高値 <input type="checkbox"/> 低値 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未実施
3. 抗ウイルス治療・抗HCV治療の適応（現時点でのご判断）	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（理由 _____） 有りの場合： <input type="checkbox"/> インターフェロン単独 <input type="checkbox"/> 2剤併用 <input type="checkbox"/> 3剤併用 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー ・開始時期（ _____ 年 _____ 月）頃の予定、 _____ ・未定
4. 治療の適応はあるが実施しないもしくは中断した場合	<input type="checkbox"/> 実施しない <input type="checkbox"/> 中断 理由： <input type="checkbox"/> 拒否 <input type="checkbox"/> 合併症 <input type="checkbox"/> 副作用 <input type="checkbox"/> 治療のための時間がとれない <input type="checkbox"/> 経済的理由 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
5. 肝庇護療法の予定（現時点でのご判断）	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し（理由 _____）
B型肝炎ウイルスについて	
1. ウイルス検査	HBs抗原 + ・ - HBe抗原 + ・ - HBV-DNA量 ・検査法：（ _____ ） ・値：（ _____ ） ・単位：（ _____ ）
2. 治療予定（複数回答可）	<input type="checkbox"/> インターフェロン治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤 <input type="checkbox"/> 肝庇護療法 <input type="checkbox"/> ラミブジン <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
今後の方針	
<input type="checkbox"/> 当院で治療・経過観察	<input type="checkbox"/> 他院へ紹介（紹介先： _____） <input type="checkbox"/> 終了
【備考】	