

肝炎専門相談依頼書

[診療情報提供書(I)の算定可能]

フリガナ		性別	年齢	住	所
患者氏名		<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	歳		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	TEL (その他連絡先)
①肝炎専門相談依頼(主治医⇒八尾市立病院) ※わかる範囲で該当項目の□にチェックしてください。					
医療機関名		診断名	<input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> B型肝炎硬変 <input type="checkbox"/> HBV無症候性キャリア <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎硬変 <input type="checkbox"/> HCV無症候性キャリア <input type="checkbox"/> 非アルコール性脂肪肝炎(NASH)疑い <input type="checkbox"/> 自己免疫性肝炎・原発性胆汁性肝硬変疑い		
医師名					
TEL					
肝炎ウイルスの状態	HBs抗原 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HBs抗体 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HBe抗原 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HBe抗体 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) HCV抗体 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> HBV-DNA量 log copies/ml(TaqMan) HCVセロタイプ <input type="checkbox"/> HCV-RNA量 log IU/ml(TaqMan) (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 不明)				
合併症	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能異常 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()				
血液検査	<input type="checkbox"/> 別途添付「検査結果」参照				
主治医希望	肝炎について <input type="checkbox"/> 八尾市立病院で精査を希望 <input type="checkbox"/> 八尾市立病院で治療を希望 <input type="checkbox"/> 主治医と八尾市立病院で治療 <input type="checkbox"/> 専門医の意見を聞きたい				
主治医意見	<input type="checkbox"/> IFN治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ治療 <input type="checkbox"/> 肝硬変・肝臓がんの精密検査 <input type="checkbox"/> 専門医の意見を聞きたい				
患者の意思や希望	<input type="checkbox"/> IFN治療希望 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ製剤治療希望 <input type="checkbox"/> 専門医の意見を聞きたい <input type="checkbox"/> IFN治療を躊躇している <input type="checkbox"/> 治療に消極的 <input type="checkbox"/> 肝がんに対する不安が強い				
②肝炎専門相談結果(八尾市立病院⇒主治医)					
受診日	平成 年 月 日	ID	医療機関名	八尾市立病院	
診断名	<input type="checkbox"/> B型慢性肝炎 <input type="checkbox"/> C型慢性肝炎 (<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV) 無症候性キャリア <input type="checkbox"/> 肝硬変 (<input type="checkbox"/> 代償期 <input type="checkbox"/> 非代償期) <input type="checkbox"/> 肝細胞がん <input type="checkbox"/> NASH <input type="checkbox"/> その他 ()		医師名	福井 弘幸	
			TEL	072-922-0887	
			FAX	072-922-8167	
治療推奨	<input type="checkbox"/> IFN治療 <input type="checkbox"/> 核酸アナログ治療 <input type="checkbox"/> 肝臓がん治療 <input type="checkbox"/> 貴院での現在の治療継続 <input type="checkbox"/> その他 ()				
方針	・本人と相談の結果 (<input type="checkbox"/> ①IFN治療を実施 <input type="checkbox"/> ②肝疾患について本院でも経過観察 <input type="checkbox"/> ③その他肝炎の治療) ことになりました。 ・外科的な治療が必要なため (<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 []) で治療を行います。				
①IFN実施内容	・IFN治療は(<input type="checkbox"/> 当院単独 <input type="checkbox"/> 貴院と医療連携 <input type="checkbox"/> 他院と医療連携) で実施いたします。 ・IFN治療開始は 月 日 () (<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院) にて開始いたします。				
②経過観察依頼	<input type="checkbox"/> ヶ月毎に血液検査を実施していただき ALT値が IU/ℓ以上 以上もしくは、血小板数が $\times 10^4/\mu\ell$ 未満になった場合は (<input type="checkbox"/> B型肝炎治療 <input type="checkbox"/> IFN治療等) が必要であると本人に説明していますので、 その節は当院にご紹介ください。 <input type="checkbox"/> 肝がんの早期発見のため ヶ月毎に腫瘍マーカー(AFP, PIVKA-II)を、Checkください。 []				
③その他の肝炎治療の依頼	<input type="checkbox"/> IFN治療ガイドラインの適応外となりますので肝庇護療法等をお願いいたします。 ※参考までに治療方法を次のとおり提案させていただきます。 <input type="checkbox"/> ウルソデオキシコール酸の投与 <input type="checkbox"/> グルチルリチン配合剤の投与 <input type="checkbox"/> IFN少量長期投与 <input type="checkbox"/> その他 [処方等]				