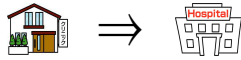


紹介状（C型肝炎 地域連携パス）
かかりつけ医から病院へ

平成 年 月 日



紹介先； 大垣市民病院 消化器内科
紹介元； 先生

医師

【紹介患者様について】

HCV抗体が陽性でC型肝炎が疑われます。
よろしくご高診ください。

氏名			
性別		生年月日	(才)
住所			
電話番号			

* 臨床検査値（別紙参照）

GOT(AST)		白血球	
GPT(ALT)		ヘモグロビン	
クレアチニン		血小板	
空腹時血糖			

* 臨床情報

合併症	☐ なし ☐ あり ()
うつ状態	☐ なし ☐ あり
飲酒歴	☐ なし ☐ あり
輸血歴	☐ なし ☐ あり

* 投薬内容

--

その他連絡事項；