

# 診療情報提供書

平成 年 月 日

〒317-0077  
茨城県日立市城南町2-1-1  
株式会社日立製作所 日立総合病院  
消化器内科肝臓専門医 先生

(郵便番号)  
(住所)  
(医療機関名)  
(医師名)  
(電話番号)

下記の患者様をご紹介致しますのでよろしくお願いいたします。

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所 〒 県 市・郡	
生年月日 昭和・平成 年 月 日	
傷病名・紹介目的 C型肝炎再治療についての意見伺い	
上記症例に対するインターフェロン治療の再施行について、ご意見を伺いたく存じます。	
HCVジェノタイプ 型 (セロタイプ 群)	
アスナプレビル+ダクラタスビル投与期間 (西暦) 年 月 日～ 年 月 日	
アスナプレビル+ダクラタスビル投与前の耐性変異測定方法ならびに結果 <input type="checkbox"/> インベーター法 (BML社) <input type="checkbox"/> ダイレクトシークエンス法 (LSI社) <input type="checkbox"/> サイクリングプローブ法 (SRL社) (測定年月日 年 月 日)	
Y93変異 (あり ・ なし) L31変異 (あり ・ なし) (その他の変異: )	
現段階での臨床診断: <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 代償性肝硬変 (Child Pugh <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) 肝癌の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 既往有り	
(追記)	