

紹介状

平成 年 月 日

病院／医療センター

科

先生

拝啓

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、下記の患者様が、貴院にて C 型肝炎の精密検査を希望しており、適応となればインターフェロン治療を希望されておりますので御高診の程よろしく申し上げます。

敬具

記

患者様氏名	様	性別	男・女
生年月日	年 月 日 (才)		
既往歴	家族歴		
合併症			
臨床検査値	AST(GOT) _____IU/L ALT(GPT) _____IU/L 血小板 _____ $\times 10^4$ /mm ³ HCV 抗体 _____ その他		
現在の処方薬 (別途添付可)			
当院希望欄	<input type="checkbox"/> 精密検査のみ貴院にお願いし、当院で治療を行いたく存じます。 <input type="checkbox"/> 入院導入治療 (2 週間) 後、当院で外来治療を行いたく存じます。 <input type="checkbox"/> 初期導入治療 (8 週間) 後、当院で外来治療を行いたく存じます。 <input type="checkbox"/> 貴院での治療終了後、当院で経過観察を行いたく存じます。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

以上

医療機関名

住所

医師氏名

メールアドレス