

治療依頼状

平成 年 月 日

医院

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。

当院にてペグインターフェロン療法を導入しましたC型肝炎患者様が貴院外来にて継続治療を希望されております。つきましては、是非先生にご協力を頂き、下記のスケジュールにて治療を継続して頂ければ幸甚に存じます。何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

記

患者氏名	様	生年月日	年 月 日	歳	男・女
HCV 型	HCV-RNA (LogIU/mL)				
治療開始前値					
肝生検	WBC (/mm ³)				
ICG15 分値 (%)	好中球 (/mm ³)				
IV型コラーゲン 7S (ng/mL)	Hb (g/dl)				
ヒアルロン酸 (ng/mL)	PLT (万/mm ³)				
AFP (ng/ml)	AST				
総コレステロール (mg/dl)	ALT				
治療計画					
体重:					
投与方法:					
標準投与量 (体重より算出):					
開始時投与量:					
投与期間 (週):					
貴院での投与スケジュール					
1 ペグインターフェロン (PEG) 投与のみ					
2 ペグインターフェロン・リバビリン (PEG/RB) 投与					
3 ペグインターフェロン・リバビリン・その他併用薬					
投与量 :					
投与開始日 :					
投与終了予定日 :					
次回当院来院日 :					
併用薬					
これまでに発現した主な副作用と今後の注意事項					
備考					
PEG 開始 8 週目までの投与前の CBC (血液像あり) 採血検査も宜しく申し上げます。					
ペガシスについては 8 週以降も毎回 CBC 採血をお願いします。					
PEG 投与日につきましては患者様との相談の上、ご決定いただければ幸いです。					

今後はクリティカルパスに従い、4 週毎に当院にて受診頂くようご指示をお願いします。
来院スケジュールや病院での検査結果は、患者手帳にも記載しております。
その他、ご不明点があれば何なりと御連絡ください。

医療機関名

医師氏名