

肝炎ウイルス検査 精密検査報告書

受付日	年 月 日	結果通知日	年 月 日
受付番号			
住 所	福岡市 区		
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	年齢	歳
電話番号	自宅： — — 携帯： — —		

<受診状況報告>

検査実施医療機関

担当医師

様

下記のとおり精密検査結果等を報告いたします。

1 受診日 年 月 日

2 診断 (該当する□にチェックをお願いします)

☐ HCV 感染の既往のみ☐ キャリア B 型 C 型☐ 急性肝炎 B 型 C 型☐ 慢性肝炎 B 型 C 型☐ 肝硬変 B 型 C 型☐ その他 ()

3 検査所見 (実施した検査の□にチェックをお願いします)

1) 肝炎ウイルス検査

☐ HBc 抗体☐ HBe 抗原☐ HBe 抗体☐ HCV-RNA 定性・定量☐ HCV セロタイプ

2) 画像検査

☐ 腹部エコー☐ 腹部 CT☐ 上部消化管内視鏡

3) 腫瘍マーカー

☐ AFP☐ PIVKA-II☐ その他 ()

4) 今後の治療方針等

☐ 経過観察不要☐ 経過観察 (ヶ月)☐ 要治療 (インターフェロン、リバビリン、その他)

5) 備考

()

年 月 日

医療機関名：

医 師 名：