

登録ハガキ記入方法

「新規」インターフェロンフリー治療導入前
「継続」治療中もしくは治療終了後

手帳を患者さんへ
配布した日付を
ご記入ください

患者IDは必ずご記入ください
(12月の調査の際に必要です)

かかりつけ医が専門医の場合、
両方にご記入ください
(同上で可)

「かかりつけ医→専門医」

- ・新たに来院した患者さんの場合
- ・院内他科からの紹介の場合
- ・かかりつけ医が専門医で、継続してフォローしている患者さんだが、CTやMRIは他の総合病院等でフォローしている場合

「専門医→かかりつけ医」

- ・かかりつけ医が専門医で、継続でフォローしている患者さんの場合

開始日付: 年 月 日

新規(治療前) 継続(follow up)

性別	年齢		
かかりつけ医 (患者ID:)	施設・機関名		
	担当医師名		
専門医 (患者ID:)	施設・機関名		
	担当医師名		
かかりつけ医 → 専門医に紹介の 場合	専門医紹介時の DAA治療状況	<input type="checkbox"/> DAA治療前 <input type="checkbox"/> DAA治療後のSVR	<input type="checkbox"/> DAA治療中 <input type="checkbox"/> DAA治療後の非SVR
専門医紹介時の 肝臓病の状態	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> 肝臓治療歴あり <input type="checkbox"/> 併あり <input type="checkbox"/> 肝臓なし	
専門医 → かかりつけ医に 紹介の場合	非専門医への逆 紹介時の DAA治療状況	<input type="checkbox"/> DAA治療前 <input type="checkbox"/> DAA治療後のSVR	<input type="checkbox"/> DAA治療中 <input type="checkbox"/> DAA治療後の非SVR
非専門医への逆 紹介時の 肝臓病の状態	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変	<input type="checkbox"/> 肝臓治療歴あり <input type="checkbox"/> 併あり <input type="checkbox"/> 肝臓なし	

いずれかの
①②③にご記入ください