

# 登録ハガキ記入方法

手帳を患者さんへ  
配布した日付を  
ご記入ください

開始日付： 年 月 日

新規DAA治療導入  治療後の経過観察

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		

かかりつけ医が専門医の場合、  
両方にご記入ください  
(同上で可)

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→専門医への紹介  
 専門医→かかりつけ医への紹介

① 紹介時のDAA治療状況

DAA治療前  DAA治療中  
 DAA治療後のSVR  DAA治療後の非SVR

② 紹介時の肝臓の状態

慢性肝炎  肝硬変

③ 肝癌治療歴

あり  な  肝癌合併

①～④、それぞれに  
1カ所チェックを  
ご記入ください

\* 記入後は個人情報保護シール貼付の上、投函してください