

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