**診療情報提供書（御紹介状）**

令和　　年　　月　　日

公立八女総合病院

担当医先生　　御机下

電話：0943-23-4131

FAX：（平日8：30～17：00）0943-22-6929　　（左記以外の時間帯）0943-22-3185

|  |  |
| --- | --- |
| 受傷者 | 氏名（ふりがな）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　生年月日： 　　　年 　　　月 　　日　　　　　性別（ 男 ・ 女 ） 住所：電話番号：妊娠（ 有 ・ 無 ・ 不明 ） 現在服用中の薬剤：以下について、把握している場合は記入してください。 ※新たな検査は不要・HBs抗原（ ＋ , － , 不明 ） ・HBs抗体（ ＋ , － , 不明 ）・腎機能低下（ あり（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　 , なし , 不明 ） |
| 曝露源 | 氏名（ふりがな）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　生年月日： 　　　年 　　　月 　　日　　　　　　　性別（ 男 ・ 女 ） 住所：電話番号：以下について、把握している場合は記入してください。 ※新たな検査は不要・HBs抗原（ ＋ , － , 不明 ） ・HCV抗体（ ＋ , － , 不明 ）・HIV　（　陽性　・　陽性疑い　・不明 ） |
| 状 況 | 発生日時：　令和 年 月 日 時 分内容：　針刺し　・ 鋭利物による受傷　・　粘膜曝露　・ 正常でない皮膚への曝露 その他（ ） |

令和 年 月 日

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 （TEL）

医師 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印