

# 急性肝障害登録票

FAX送信票 送信先:新潟大学 消化器内科学分野 025-227-0776

貴施設名: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ 記載者名: \_\_\_\_\_

依頼趣旨:  転院希望  増悪時転院希望  相談・登録のみ

患者名または貴施設ID・識別番号: \_\_\_\_\_ 性別:( 男性 / 女性 )

生年月日: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 歳

初発症状出現日: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

成因(疑いや不明でも可)

背景  慢性肝疾患  術後  妊娠  最近の海外渡航歴  
 肝硬変  敗血症・MOF  循環不全・ショック  新規の薬物・サプリメント  
 アルコール多飲  自己免疫疾患  糖尿病  悪性腫瘍( )  
 甲状腺疾患  精神疾患  胆道疾患  その他( )

HBVキャリア  あり  なし  不明 HCVキャリア  あり  なし  不明

病歴: \_\_\_\_\_

他の臨床情報 (薬物服用歴・画像所見など) \_\_\_\_\_

症状  発熱  食欲不振  全身倦怠感  悪心・嘔吐  脳症  腹痛  その他( )

画像検査日 \_\_\_\_\_

肝萎縮  無  軽度  高度 Map sign  無  軽度  高度 腹水  無  軽度  高度

検査データ 検査日 \_\_\_\_\_

WBC	_____ /mm <sup>3</sup>	T Bil	_____ mg/dL	TP	_____ g/dl	PT	_____ %
Hb	_____ g/dl	D Bil	_____ mg/dL	Alb	_____ g/dl	PT INR	_____
Plt	_____ /mm <sup>3</sup>	AST	_____ IU/L	ChE	_____ IU/L	AT3	_____ %
Neut	_____ %	ALT	_____ IU/L	T Chol	_____ mg/dL	D dimer	_____ μg/ml
Eo	_____ %	ALP	_____ IU/L	BUN	_____ mg/dL	AFP	_____ ng/ml
異型リンパ球	_____ %	γGTP	_____ IU/L	Cre	_____ mg/dL	NH3	_____ μg/dL
		LDH	_____ IU/L	eGFR	_____ ml/min		
IgG	_____ mg/dL	HBsAg	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着	IgM HAV	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着		
IgM	_____ mg/dL	IgM HBc	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着	IgA HEV	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着		
IgA	_____ mg/dL	HBV DNA	_____ Log copy/mL	IgM EBV VCA	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着		
抗核抗体	_____ 倍	HCV Ab	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着	IgM CMV	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着		
抗平滑筋抗体	_____ 倍	HCV RNA	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未測定 <input type="checkbox"/> 結果未着				

\* 検査値は記入して頂くか、プリントアウトしたものを一緒にFAXして頂いても構いません。