

お急ぎのご相談では、TELやメールでもご一報ください。
(取り急ぎ、誰宛てでも結構です。特に夜間・休日のご協力をお願い致します)
メール添付される場合は個人情報にご配慮ください。

(急性)肝障害登録票

20260810版

FAX: 0250227-0776 TEL: 025-227-2207

* 検査結果はプリントアウトしたものを一緒にFAXして頂いても結構です

ご施設名				担当医				FAX			
ご相談内容	☐ 転院希望			☐ 増悪時転院希望			☐ 相談・登録のみ				
患者名 or 貴施設ID or 識別番号							性別	☐ 男性 ☐ 女性			
生年月日	西暦		年		月		日				
年齢		歳	身長		cm	体重		kg			
背景	☐ 最近の海外渡航歴			☐ 新規薬物・サプリメント			☐ 術後			☐ 妊娠	
	☐ 自己免疫疾患			☐ 敗血症・MOF			☐ 循環不全・ショック			☐ うつ血肝	
	☐ 慢性肝障害(非硬変肝)			☐ 肝硬変			☐ アルコール多飲				
	☐ HBVキャリア			☐ HCVキャリア			☐ 胆道疾患				
	☐ 糖尿病			☐ 結核の既往			☐ 担癌()			☐ 精神疾患()	
発症年月日	西暦		年		月		日				
病歴											
現在の症状	☐ 脳症 ☐ 倦怠感 ☐ 食欲不振 ☐ 悪心嘔吐 ☐ 発熱 ☐ 腹痛										
画像検査日	西暦		年		月		日				
肝萎縮	☐ 無			☐ 軽度			☐ 高度				
Map sign	☐ 無			☐ 軽度			☐ 高度				
腹水	☐ 無			☐ 軽度			☐ 高度				
採血日	西暦		年		月		日				
WBC		/mm ³	TP		g/dl	ChE		U/L			
Hb		g/dL	Alb		g/dl	ChE基準上限		U/L			
Plt		万/mm ³	AST		U/L	ChE基準下限		U/L			
Neut		%	ALT		U/L	T-Chol		mg/dL			
Eo		%	ALP		U/L	BUN		mg/dL			
異型Lym		%	γ-GTP		U/L	Cre		mg/dL			
PT		%	LDH		U/L	eGFR		mL/min			
PT-INR			T-Bil		mg/dL	IgG		mg/dL			
AT-III		%	D-Bil		mg/dL	IgA		mg/dL			
D-dimer		μ g/mL	NH3		μ g/dL	IgM		mg/dL			
			AFP		ng/mL	抗核抗体		倍			
HAV-IgM	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
HBsAg	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
HBV-DNA		LogU/mL	☐ 未測定	☐ 結果未着							
HBe-IgM	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
anti-HCV	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
HCV-RNA	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
HEV-IgA	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
BBV-VCA IgM	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							
CMV-IgM	☐ 陽性	☐ 陰性	☐ 未測定	☐ 結果未着							