

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

20260828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	_____	LogIU/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				