

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男女	明 昭 大 平	年	月 日
住所	〒 電話番号				
	直近の所見を記入すること 1. 肝炎ウイルスマーカー（検査年月日 平成 年 月 日） HBs抗原 （ + - ） HBV-DNA定量 （単位： _____ 測定法 _____） HCV-RNA定量 （単位： _____ 測定法 _____） 2. 血液検査（検査年月日 平成 年 月 日） AST _____ IU/1 （施設の基準： _____ ～ _____） ALT _____ IU/1 （施設の基準： _____ ～ _____） 血小板数 _____ /u1 （施設の基準： _____ ～ _____） 3. 画像検査の所見（検査年月日 平成 年 月 日） [] 4. その他の所見（検査年月日 平成 年 月 日） []				
その他記載すべき事項					
診断	該当する診断名と項目に☑と○をしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 （ B型肝炎ウイルスによる ・ C型肝炎ウイルスによる ） <input type="checkbox"/> 肝硬変 （ B型肝炎ウイルスによる ・ C型肝炎ウイルスによる ） <input type="checkbox"/> 肝がん （ B型肝炎ウイルスによる ・ C型肝炎ウイルスによる ） <input type="checkbox"/> その他 （ _____ ）				

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名および住所

医師名

印