

(別紙様式 5)

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	年 月 日生
住 所	〒 — 電話番号 ()		
検査所見	直近の所見を記入する 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/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像検査 (検査年月日 平成 年 月 日) (所見: _____) 4. その他 (検査年月日 平成 年 月 日) (所見: _____)		
その他 記載すべき 事項			
診 断	該当する診断名、項目にチェックまたは○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 (_____)		
医療機関名および所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名	印		

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。

*定期検査費用の助成に係る医師の診断書作成費用については助成対象。ただし、事業実施要綱(6)②エに該当し添付が省略できる場合にあっては、助成対象外。