

(様式第2号)

### 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 日生
住 所	〒 - 電話番号 ( )			
検査所見	直近の所見を記入してください。 1 肝炎ウイルスマーカー (検査年月日 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 年 月 日) AST _____IU/I (施設の基準値: _____~_____) ALT _____IU/I (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 年 月 日) (所見: ) 4 その他 (検査年月日 年 月 日) (所見: )			
その他 記載すべき 事項				
診 断	該当する診断名にチェックし、項目に○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			