

(様式2)

定期検査費の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)
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 (検査日: 年 月 日) (1) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) 2. 血液検査 (検査日: 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 (検査日: 年 月 日) (所見) 4. その他 (検査日: 年 月 日) (所見)		
診 断	該当番号を○で囲む 1. 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) 2. 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) 3. 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) 4. その他 ()		
記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
医師氏名			印
次回受診予定日 (年 月 日) (ヶ月に1回)			