

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 ()		
肝炎ウイルス マーカー	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)		
診断	該当する診断名、項目にチェック、○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)		
その他 記載すべき事項	※ウイルス性肝疾患の既往 (治癒後も含む) や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してください。		
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日	
医師氏名	印		
該当する□欄にレ点を入れてください。→		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者 (受講者番号: 第 — 号)	