

様式4 (第5条関係)

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

| | | | |
|-------------------|---|-----|-------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 | | 男・女 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 _____ 電話番号 (_____) | | |
| 検査所見 | <p>直近の所見を記入する。</p> <p>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 _____)</p> <p>2. 血液検査 (検査年月日: _____ 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 _____ /u l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3. 画像検査 (検査年月日: _____ 年 月 日) (所見: _____)</p> <p>4. その他 (検査年月日: _____ 年 月 日) (所見: _____)</p> | | |
| その他記載すべき事項 | | | |
| 診断 | <p>該当する診断名、項目にチェック及び○をしてください。</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> | | |
| 記載年月日 _____ 年 月 日 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | | |
| 医師氏名 | | | |

※「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。