

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

フリガナ			生年月日												
患者氏名			年 月 日 生												
住所	〒 - - 電話番号 - -														
検査所見	<p>1 肝炎ウイルスマーカー（検査年月日：_____年 月 日） HBs 抗原（ + _____IU/mL、_____（ ）（その他の単位） ・ - ） HCV 抗体（ + ・ - ） HBV DNA 定量 _____（ _____LogIU/mL ・ 検出せず、測定法_____） HCV RNA 定量 _____（ _____LogIU/mL ・ 検出せず、測定法_____）</p> <p>2 血液検査（検査年月日：_____年 月 日） AST（GOT）_____IU/L（施設の基準値：_____~_____IU/L） ALT（GPT）_____IU/L（施設の基準値：_____~_____IU/L） 血小板数 _____万/μL（施設の基準値：_____~_____万/μL）</p> <p>3 画像検査（検査名：_____検査年月日：_____年 月 日） 所見：（ _____ ）</p> <p>4 組織検査 _____検査年月日：_____年 月 日 有 所見：（ _____ ） 無 _____</p> <p>5 その他の検査 _____検査年月日：_____年 月 日 所見：（ _____ ）</p>														
診 断	該当する診断名にチェックしてください。 <table border="1"> <tr> <td>B 型肝炎ウイルスによる</td> <td colspan="2">C 型肝炎ウイルスによる</td> </tr> <tr> <td>慢性肝炎</td> <td>肝硬変</td> <td>肝がん</td> </tr> <tr> <td>慢性肝炎</td> <td>肝硬変</td> <td>肝がん</td> </tr> <tr> <td>その他（ _____ ）</td> <td colspan="2">その他（ _____ ）</td> </tr> </table>			B 型肝炎ウイルスによる	C 型肝炎ウイルスによる		慢性肝炎	肝硬変	肝がん	慢性肝炎	肝硬変	肝がん	その他（ _____ ）	その他（ _____ ）	
B 型肝炎ウイルスによる	C 型肝炎ウイルスによる														
慢性肝炎	肝硬変	肝がん													
慢性肝炎	肝硬変	肝がん													
その他（ _____ ）	その他（ _____ ）														
その他	肝がんの治療歴		抗ウイルス治療後の経過観察												
	有 無		有 無												
その他特記事項															
上記のとおり診断します。 記載年月日 _____年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 _____ 印															