

(別紙様式2)

初回精密検査・定期検査 診療明細書

フリガナ		性別	生	年	月	日
対象者氏名		男 女	大 昭	平 令	年	月 日生
住 所	〒 _____ 電話番号 (_____)					
検査項目 (実施した検査 をチェックし、 患者負担額を算 出・証明してく ださい。) 検査年月日 (年 月 日)	初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料 <input type="checkbox"/> 初診料(再診料) <input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料					
	血液形態・機能検査 <input type="checkbox"/> 末梢血液一般検査 <input type="checkbox"/> 末梢血液像					
出血・凝固検査 <input type="checkbox"/> プロトロンビン時間 <input type="checkbox"/> 活性化部分トロンボプラスチン時間						
血液化学検査 <input type="checkbox"/> 総ビリルビン <input type="checkbox"/> 直接ビリルビン <input type="checkbox"/> 総蛋白 <input type="checkbox"/> アルブミン <input type="checkbox"/> ALP <input type="checkbox"/> ChE <input type="checkbox"/> γ-GT <input type="checkbox"/> 総コレステロール <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> LD						
腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> PIVKA-II半定量 <input type="checkbox"/> AFP-L3% <input type="checkbox"/> PIVKA-II定量						
肝炎ウイルス関連検査 <input type="checkbox"/> Hbe抗原、Hbe抗体 <input type="checkbox"/> HCV血清群別判定 <input type="checkbox"/> HBVジェノタイプ判定						
微生物核酸同定・定量検査 <input type="checkbox"/> HBV核酸定量 <input type="checkbox"/> HCV核酸定量						
超音波検査(初回精密検査) <input type="checkbox"/> 断層撮影法(胸腹部)						
超音波検査等(定期検査) <input type="checkbox"/> 断層撮影法(胸腹部) <input type="checkbox"/> CT撮影(※肝硬変・肝がんのみ) <input type="checkbox"/> MRI撮影(※肝硬変・肝がんのみ) ※慢性肝炎の場合は断層撮影法のみ可能 ※肝硬変・肝がんの場合は、断層撮影法(胸腹部)、CT撮影、MRI撮影から選択可能						
上記検査に要した費用は以下のとおりです。(※上記以外の検査は含まない)						
検査費用総額 (A)		医療保険等負担額 (B)		患者負担額(請求額) (C)=(A)-(B)		
円		円		円		
上記内容に違いありません。			記載年月日 令和 年 月 日			
医療機関名 _____						
医療機関住所 _____		医師名 _____		印 _____		