

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	
対象者氏名		男 女	大 平 昭 令	年 月 日生
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 令和 年 月 日)</p> <p>HBs抗原 (+ , -)</p> <p>HBV-DNA定量 _____ (単位: 、測定法)</p> <p>HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法)</p> <p>2. 血液検査 (検査年月日 令和 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: ___~___)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: ___~___)</p> <p>血小板数 _____ /ul (施設の基準値: ___~___)</p> <p>3. 画像検査 (検査年月日 令和 年 月 日)</p> <p>(所見:)</p> <p>4. その他 (検査年月日 令和 年 月 日)</p> <p>(所見:)</p>			
診 断	<p>該当する診断名、項目にチェック、○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>			
その他 記載すべき 事項				
<p>上記内容に違いありません。 記載年月日 令和 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医療機関住所 _____ 医師名 _____ 印</p>				