

(様式第3号)

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	明 昭 大 平	年 月 日生
住所	〒 ー 電話番号 ()			
検査所見	直近の所見を記入して下さい。 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) 2 血液検査(検査年月日 年 月 日) AST IU/I (施設の基準値: ~) ALT IU/I (施設の基準値: ~) 血小板数 /uI (施設の基準値: ~) 3 画像検査(検査年月日 年 月 日) (所見 :) 4 その他(検査年月日 年 月 日) (所見 :)			
その他 記載すべき 事項				
診断	該当する診断名にチェックし、項目に○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) <input type="checkbox"/> その他()			
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日		
医師氏名	印			