

(様式第5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	大平 昭令	年	月 日
住所	〒 電話番号				
検査所見	※直近の所見を記入してください。				
	1 肝炎ウイルスマーカー（検査年月日：令和 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：令和 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	_____ /ul	(施設の基準値：	～)	
3 画像検査（検査年月日：令和 年 月 日）					
(所見) 					
4 その他（検査年月日：令和 年 月 日）					
(所見) 					
その他特記すべき事項					
診断	※該当する診断名にチェックし、項目に○を入れてください。				
	<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 ()				
記載年月日 年 月 日					
医療機関名及び所在地					
医師氏名	印 (自署の場合は押印不要)				