

(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）					