

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 (_____)					
医療機関名及び所在地		記載年月日 令和 年 月 日				
医師氏名	印					