（様式４）

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 | 　〒　　　－　秋田県　電話番号　　　　　（　　　　　） |
| 肝炎ウイルスマーカー | 　該当する項目にチェックをしてください。　※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 |
| 　□　Ｂ型肝炎ウイルスマーカー （　□ HBs抗原陽性 ・ □ HBV-DNA陽性　）　□　Ｃ型肝炎ウイルスマーカー （　□ HCV抗体陽性 ・ □ HCV-RNA陽性　）（検査年月日　　平成　　年　　月　　日） |
| 診　断 | 　該当する診断名にチェックしてください。　 |
| 　□　慢性肝炎　□　肝硬変　□　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 ）（ □ Ｂ型肝炎ウイルスによる ・ □ Ｃ型肝炎ウイルスによる ）（ □ Ｂ型肝炎ウイルスによる ・ □ Ｃ型肝炎ウイルスによる ） |
| 　□　治療後の経過観察（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他記載すべき事項 |  |
| 　　上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　平成　　年　　月　　日　医療機関名及び所在地　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 |