（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 | | | | | |