

(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	年 月 日生
住 所	〒 ー 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 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 (☐ B型肝炎ウイルスによる ・ ☐ C型肝炎ウイルスによる) ☐ 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) ☐ 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) ----- ☐ 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 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名			