（様式第３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 | 明　昭  大　平 | 年　　月　　日生 |
| 住　所 | 〒　　　　―  電話番号　　　　　　　（　　　　　） | | | |
| 検査所見 | 直近の所見を記入して下さい。  １　肝炎ウイルスマーカー(検査年月日　　　　　　　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　　　　　　　年　　　月　　　日)  ＡＳＴ　　　　　IU/I （施設の基準値：　　　 　～ 　　　　）  ＡＬＴ　　　　　IU/I （施設の基準値：　　　 　～ 　　　　）  血小板数　　　 　　/uI （施設の基準値：　　　 　～ 　　　　）  ３　画像検査(検査年月日　　　　　　年　　月　　日)  　　　（所見　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ４　その他(検査年月日　　　　　　年　　月　　日)  　　　（所見　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| その他  記載すべき  事項 |  | | | |
| 診断 | 該当する診断名にチェックし、項目に〇をしてください。  □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)  □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 | | | | |