（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 |