

様式 3

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		
	島根県		
	電話番号 ()		

これより上の項目（太枠内）は、申請者が記載しても構いません。

肝炎ウイルス マーカー	<p>直近の所見を元に、該当する項目にチェック及び○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可。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs 抗原陽性 ・ HBV-DNA 陽性)</p> <p><input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV 抗体陽性 ・ HCV-RNA 陽性)</p>
診断	<p>該当する診断名にチェックし、該当番号・項目に○をしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「治療後」欄に記載ください。</p> <p>1. 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)</p> <p>2. 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)</p> <p>3. 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)</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 治療後 (B型肝炎ウイルスによる ・ C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>※治療時の診断を次の番号から選んでください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>1. 慢性肝炎</p> <p>2. 肝硬変</p> <p>3. 肝がん</p> </div>
その他 記載すべき 事項	<p>※ウイルス性肝疾患の既往（治療後も含む）、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っている場合など、その旨を記載してください。</p>

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