

(様式第2号)

定期検査費の助成に係る医師の診断書

フリガナ		性別	生年月日
対象者氏名		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。 抗ウイルス療法後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載しても良いです。 ☐ 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)		
診断	該当する診断名にチェックしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 ☐ 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 ()		
その他 記載すべき 事項			
医療機関名及び所在地			
医師氏名			
次回受診予定日 (年 月 日) (か月に1回)			

※「診断」欄の「その他」は、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などの場合に記入してください。

※定期検査実施医療機関と診断書作成医療機関が異なる場合は「その他記載すべき事項」の欄に、その理由を記載してください。