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 | 〒　　　　－ |
| 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 | 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。 |
| □ | 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、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。 |
| 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 ） |
| 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 ） |
| 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 ） |
|  |  |  |
| □ | 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 ） |
|  | ※治療時の診断を次の番号から選んでください。 |
|  |  | １． | 慢性肝炎 |  |
|  |  | ２． | 肝硬変 |  |
|  | ３． | 肝がん |  |
| その他記載すべき事項 | ※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。 |
|  |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |