

様式4

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・大 昭・平・令	年 月 日生
住 所	〒 — 電話番号 ()			
治療歴の有無	以下のいずれかに○をしてください。 有 ・ 無			
肝炎ウイルスマーカー	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しても可とする。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー（HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性） <input type="checkbox"/> 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、項目にチェック☑及び○をしてください。 ※各病態の治療後の場合は、治療前から病態に変化があった場合（慢性肝炎から肝硬変への移行等）を除き、治療前の病態について記載すること。 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）			
その他記載すべき事項(※)				
医療機関名		記載年月日 令和 年 月 日		
所在地				
(いずれかにチェック☑が必要)		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医		
医師氏名		印		

※「その他記載すべき事項」は、抗ウイルス治療を受けた後の経過観察中である旨などを記入する。