

(別紙様式2)

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 ()			
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。 <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	該当する診断名にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()			
その他記載 すべき事項				
		記載年月日	年 月 日	
医療機関名及び所在地				
医師氏名				

注1) 各病態の治療後の場合は、「診断」欄の「その他」の括弧内にその旨を具体的に(抗ウイルス療法後の経過観察中等)記載してください。

注2) 診断名が、「HBV無症候性キャリア又はHBV非活動性キャリア」の場合は、助成の対象外となります。