

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 電話番号 ()		
肝炎ウイルス マーカー	<p>該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づき記載しても構いません。</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) <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>		
その他 記載すべき事項			
診 断	<p>該当する診断名、項目にチェックをしてください。 ※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。</p> <p><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 ()</p>		
医療機関名及び所在地	記載年月日	年	月 日
医師氏名	印		

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
- 3 本診断書は京都府肝疾患専門医療機関の医師が記載することとします。
- 4 無症候性キャリアについては、定期検査費用助成の対象となりません。
- 5 「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する。