

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 | 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。 ※抗ウイルス療法による治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載しても構いません。 <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 | | | |
| その他 記載すべき 事項 | ※「診断」欄について具体的に記載すべき事項がある場合などに記載してください。 | | | |
| 医療機関名及び所在地 | | 記載年月日 | 平成 | 年 月 日 |
| | | 医師氏名 | | 印 |

* 東京都肝臓専門医療機関の肝臓専門医によるものに限ります。