様式５

定期検査費用の助成に係る医師の診断書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>性　別</td><td>生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td></td><td>男　女</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">〒　　－

電話番号</td></tr>
<tr><td>肝炎ウイルスマーカー</td><td colspan="3">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いて記載してもよいです。

□ 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 ）</td></tr>
<tr><td>診断</td><td colspan="3">該当する診断名にチェックしてください。
※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。

□ 慢性肝炎
□ 肝硬変
□ 肝がん
□ その他 （　　）</td></tr>
<tr><td>その他
記載すべき
事項</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり診断します。
記載年月日　　年　　月　　日

医療機関名および住所

医師氏名　　印</td></tr>
</table>

※「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。