

別紙様式 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	年 月 日生
住 所	〒 ー 電話番号 ()		
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 (B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p>		
その他 記載すべき 事項			
医療機関名及び所在地		記載年月日	年 月 日
医師氏名	印		

※「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。