

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
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。</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・治療後の経過観察） <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・治療後の経過観察） <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・治療後の経過観察）		
受検日	<p>年 月 日 ※複数日の場合： 年 月 日～ 年 月 日</p>		
検査項目	<p>以下、今回の定期検査で実施した検査項目にチェックしてください。</p> <input type="checkbox"/> 血液形態・機能検査 末梢血液一般検査、末梢血液像 <input type="checkbox"/> 出血・凝固検査 プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間 <input type="checkbox"/> 血液化学検査 総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP C h E、 γ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー AFP、AFP-L 3%、PIVKA-II半定量 PIVKA-II定量 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス関連検査 HBe抗原、HBe抗体、HBVジェノタイプ判定等 HCV血清群別判定等 <input type="checkbox"/> 微生物核酸同定・定量検査 HBV核酸定量、HCV核酸定量 <input type="checkbox"/> 画像診断 <input type="checkbox"/> 超音波検査（断層撮影法（胸腹部）） <input type="checkbox"/> CT撮影 <input type="checkbox"/> MRI撮影 <input type="checkbox"/> その他（ ） <p>※助成対象となるのは原則として超音波検査のみです。 ただし、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は超音波検査に代えてCT 撮影又はMRI撮影を対象とすることができます。</p>		
医療機関名及び所在地	記載年月日： 年 月 日		
医師氏名			