様　式　８

ウイルス性肝炎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 | 〒　　　－電話番号　　　　（　　　　） |
| 検査所見 | 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　　） |
| その他記載すべき事項 |  |
| 診　　断 | 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。□ 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）□ 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）□ 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）□ その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 記載年月日 　　　　　　　 年　　　 月　　　 日　医療機関名及び所在地医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※香川県に登録されている肝疾患専門医療機関の医師によるものに限ります。

※「診断」の欄の「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してください。