（様式第５号）

医師の診断書（肝炎定期検査費用助成）

<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　　日生</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。
※陽性となった検査項目に〇をしてください。
※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">該当する診断名を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

医療機関名及び所在地

医師氏名　　印</td></tr>
</table>

（注）１　定期検査費用の助成を受けることができるのは、Ｂ型肝炎ウイルス又はＣ型肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎、肝硬変及び肝がん患者に対する検査の場合に限られます。
※治療後の経過観察に対する検査を含む。

２　「その他記載すべき事項」欄は、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載してください。