

## 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 ( )		
肝炎ウイルス マーカー	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー ( HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性 )</p> <p><input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー ( HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性 )</p>		
診断	<p>該当する診断名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</p> <p><input type="checkbox"/> 肝硬変</p> <p><input type="checkbox"/> 肝がん</p> <p>※1 <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p><small>※助成対象は、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(治療後の経過観察を含む)のみです。</small></p>		
その他 記載すべき 事項			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日: 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>下記の該当する項目にチェックをつけてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 専門医療機関      <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医      <input type="checkbox"/> 日本消化器学会専門医</p>			

この診断書は、奈良県ウイルス性肝炎患者等重症化予防推進事業の定期検査費用の助成対象者が使用します。奈良県肝疾患に関する専門医療機関が記載します。

以前に奈良県知事から定期検査費用の支払いを受けた者、1年以内に奈良県肝炎治療特別促進事業の申請において診断書を提出した場合(慢性肝炎から肝硬変への移行など病態に変化があった者は除く。)、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の申請において臨床調査個人票及び同意書を提出した者については、省略することができます。

※1 「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。

治療後の経過観察の方の場合      例:平成〇〇年〇月、慢性肝炎(肝硬変若しくは肝がん)と診断、〇年〇月治療終了