

ウイルス性肝炎定期検査診断書

受検者	住所	〒 _____		
	ふりがな	電話番号 () _____		
	氏名	_____		
	生年月日	_____	性別	男・女
検査所見	<p>直近の所見を記入してください。</p> <p>1 肝炎ウイルスマーカー(検査年月日 令和 年 月 日)</p> <p>HBs抗原 (+, -) _____</p> <p>HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>2 血液検査(検査年月日 令和 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /uL (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3 画像所見(検査年月日 令和 年 月 日)</p> <p>4 その他(検査年月日 令和 年 月 日)</p>			
診断 (該当する 診断名、項 目にチェック してくださ い。)	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスによる <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる		<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん その他 _____	
治療後の経過観察	_____			
その他記載すべき事項	_____			
記載年月日 令和 年 月 日				
医療機関名及び所在地				
医師氏名 _____ 印				