

ウイルス性肝炎初回精密検査診断書

受検者	住所	〒 _____ 電話番号 (_____)		
	ふりがな	_____		
	氏名	_____		
	生年月日	_____	性別	男・女
検査所見	1 肝炎ウイルスマーカー(検査年月日 令和 ____年 ____月 ____日) HBs抗原 (+ ・ -) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)			
	2 血液検査(検査年月日 令和 ____年 ____月 ____日) AST _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ /uL (施設の基準値: _____ ~ _____)			
	3 画像所見(検査年月日 令和 ____年 ____月 ____日)			
	4 その他(検査年月日 令和 ____年 ____月 ____日)			
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"/> 無症候性キャリア(B型肝炎ウイルスによる・C型肝炎ウイルスによる) <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) <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) <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) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
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				

岐阜県ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業において初回精密検査の診断書を作成できるのは肝疾患専門医療機関のみです。