

ウイルス性肝炎定期検査診断書

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	直近の所見を記入してください。			
	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"/> B型肝炎ウイルスによる		<input type="checkbox"/> 慢性肝炎	
	<input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスによる		<input type="checkbox"/> 肝硬変	
<input type="checkbox"/> 治療後の経過観察		<input type="checkbox"/> 肝がん		
		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				