

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 _____)			
検査所見	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: _____ ~ _____)			
検査所見	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。