別紙様式２

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 | |
| 対象者氏名 |  | 男　女 |  | 年　　 月　　 日生 |
| 住　　　所 | 〒　　　－  電話番号　　　　　（　　　　） | | | |
| 診断 | 該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。  □　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）  □　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）  □　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） | | | |
| 肝炎ウイルスマーカー  検査年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| その他  記載すべき  事項 |  | | | |
| 記載年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日  医療機関名及び所在地  電話番号　　　　　（　　　　）  電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ  医師氏名 | | | | |