（様式第４号）

診断書を作成する先生方へ

①、②の両方の要件に当てはまる方の分のみ作成してください。

①住民税非課税世帯または市町村民税（所得割）課税年額が 235,000 円未満の世帯に属する方であること

②肝炎治療受給者証を持っていないこと

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（年齢）
患者氏名		男 女	年　　月　　日生（満　　歳）
住　　所	（〒　　－　　） 電話番号（　　）　　―		
診　　断	該当する番号を○で囲んでください。 1　慢性肝炎（Ｂ型肝炎ウイルスによる） 2　慢性肝炎（Ｃ型肝炎ウイルスによる） 3　肝硬変（Ｂ型肝炎ウイルスによる） 4　肝硬変（Ｃ型肝炎ウイルスによる） 5　肝がん（Ｂ型肝炎ウイルスによる） 6　肝がん（Ｃ型肝炎ウイルスによる） 7　その他（具体的に記載：　　）		
その他	1　現在の治療状況と今後の予定について、該当する項目にチェックを入れてください。 □　現在、肝臓病の治療を行っている、または今後行う予定である。 【治療内容】 □　インターフェロン治療 □　インターフェロンフリー治療 □　核酸アナログ製剤治療 □　その他（　　） □　経過観察中である。 次回の受診予定　（_____）ヵ月後 □　その他　（　　） 2　その他記載すべき事項があればご記載ください。 （　　）		
医療機関名および所在地 医師氏名		記載年月日　　年　　月　　日 TEL　　－　　－	

※「診断」欄の「その他」は、抗ウイルス療法による治療を受けた後で経過観察を行っているなどの場合に記入する。