

(別紙様式8)

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
受信者氏名		男・女	年 月 日生
住所	〒 _____ 電話番号 ()		
肝炎ウイルス マーカー	該当する項目にチェックをしてください。 ※抗ウイルス治療後の場合は、治療開始前のデータに基づいて記載してもよいです。 <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルスマーカー (HBs抗原陽性 ・ HBV-DNA陽性) <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルスマーカー (HCV抗体陽性 ・ HCV-RNA陽性)		
診断	該当する項目にチェックをしてください。 ※各病態の治療後の場合は、「その他」の括弧内にその旨を具体的に記載してください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他 記載すべき 事項			
上記のとおり診断します。 記載年月日：令和 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名			

※「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。

助成対象となる検査項目

初診料（再診料）、ウイルス疾患指導料及び下記の検査に関連する費用として県が認められた費用とする。ただし、医師が真に必要と判断したものに限りませぬ。

これらの検査が複数の日にわたる場合において、検査日が1か月以内の期間に属するものについては、一連の検査とみなすことができるものとします。

なお、定期検査において、肝硬変・肝がん（治療後の経過観察を含む）の場合は、超音波検査に代えてCT撮影又はMRI撮影を対象とすることができます。

いずれの場合も造影剤を使用した場合の加算等の関連する費用も対象となります。

（注：保険適用外の検査は助成の対象となりませぬ。）

ア 血液形態・機能検査：末梢血液一般検査、末梢血液像

イ 出血・凝固検査：プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間

ウ 血液化学検査：総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ALP、ChE、 γ -GT、総コレステロール、AST、ALT、LD

エ 腫瘍マーカー：AFP、AFP-L3%、PIVKA-II判定量、PIVKA-II定量

オ 肝炎ウイルス関連検査：HBe抗原、HBe抗体、HCV血清群別判定、HBVジェノタイプ判定等

カ 微生物核酸同定・定量検査：HBV核酸定量、HCV核酸定量

キ 画像診断：超音波検査（断層撮影法（胸腹部））