

初回精密検査・定期検査 診療明細書

|                                     |  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
|-------------------------------------|--|---|----------------------|------------|--------------|-------------------------------|---|---|---|
| フリガナ                                |  | 性別  | 生年月日(年齢)             |            |              |                               |   |   |   |
| 患者氏名                                |  | 男・女   | 明昭<br>大平 年 月 日 (満 歳) |            |              |                               |   |   |   |
| 住所                                  | 郵便番号<br>電話番号 ( )   |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| 検査項目・費用                             | <p>実施した検査にチェックをしてください</p> <p><b>初診料(再診料)、ウイルス疾患指導料</b></p> <p><input type="checkbox"/> 初診料(再診料)      <input type="checkbox"/> ウイルス疾患指導料</p> <p><b>血液形態・機能検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 末梢血液一般検査      <input type="checkbox"/> 末梢血液像</p> <p><b>出血・凝固検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> プロトロンビン時間      <input type="checkbox"/> 活性化部分トロンボプラスチン時間</p> <p><b>血液化学検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> 総ビリルビン      <input type="checkbox"/> 直接ビリルビン      <input type="checkbox"/> 総蛋白      <input type="checkbox"/> アルブミン</p> <p><input type="checkbox"/> ALP      <input type="checkbox"/> ChE      <input type="checkbox"/> <math>\gamma</math>-GT      <input type="checkbox"/> 総コレステロール</p> <p><input type="checkbox"/> AST      <input type="checkbox"/> ALT      <input type="checkbox"/> LD      <input type="checkbox"/> ZTT</p> <p><b>腫瘍マーカー</b></p> <p><input type="checkbox"/> AFP      <input type="checkbox"/> AFP-L3%      <input type="checkbox"/> PIVKA-II半定量</p> <p><input type="checkbox"/> PIVKA-II定量</p> <p><b>肝炎ウイルス関連検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> HBe抗原      <input type="checkbox"/> HBe抗体      <input type="checkbox"/> HBVジェノタイプ判定</p> <p><input type="checkbox"/> HCV血清群別判定</p> <p><b>微生物核酸同定・定量検査</b></p> <p><input type="checkbox"/> HBV核酸定量      <input type="checkbox"/> HCV核酸定量</p> <p>検査年月日<br/>年 月 日<br/>～<br/>年 月 日</p> <p><b>超音波検査(慢性肝炎は断層撮影法のみ。肝硬変・肝がんは断層撮影法、CT撮影、MRI撮影から選択可)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 断層撮影法(胸腹部)      <input type="checkbox"/> CT撮影      <input type="checkbox"/> MRI撮影</p> <p>上記検査に要した費用は以下のとおりです。(上記以外の検査は含まない)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;">検査費用総額 (A)</td> <td style="width:33%; text-align: center;">医療保険等負担額 (B)</td> <td style="width:34%; text-align: center;">患者負担額(請求額)<br/>(C) = (A) - (B)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> <td style="text-align: center;">円</td> </tr> </table> |   |                      | 検査費用総額 (A) | 医療保険等負担額 (B) | 患者負担額(請求額)<br>(C) = (A) - (B) | 円 | 円 | 円 |
| 検査費用総額 (A)                          | 医療保険等負担額 (B)   | 患者負担額(請求額)<br>(C) = (A) - (B)   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| 円                                   | 円  | 円   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| 診断<br>(定期検査の場合のみ記載)                 | <p>該当する診断名、項目にチェック、○をしてください。</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| その他記載すべき事項                          |  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| 医療機関名および所在地                         | 平成 年 月 日<br>(医療機関コード )   |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| 代表者氏名                               | 印  | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">連絡先電話番号:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">証明担当者名(部署名):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">( 課)</td> </tr> </table> |                      | 連絡先電話番号:   | 証明担当者名(部署名): | ( 課)                          |   |   |   |
| 連絡先電話番号:                            |  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| 証明担当者名(部署名):                        |  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| ( 課)                                |  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |
| (診断名記載する場合は医師氏名及び押印をお願いします)<br>医師氏名 | 印  |   |                      |            |              |                               |   |   |   |