

# (参考) 健康増進ノートの記載ページ

## 医療機関記載欄

医師の他、肝炎医療コーディネーターの方の記載でも構いません。  
B型・C型肝炎硬変・肝がんの方は空欄に診断名を記載下さい。  
(定期検査助成利用の場合、B型・C型肝炎硬変・肝がんの方はエコー検査に代えてCT・MRI検査も対象となります。)

### 記録を始める頃のわたしの情報

B型慢性肝炎  C型慢性肝炎  ( )

医療機関名:

診断日: 年 月 記入者名:

\*この欄は、肝炎患定期検査費助成の申請の際に記入が必要です。  
担当医、または肝炎コーディネーター等医療機関担当者に記載してもらいましょう。

ふりがな	
お名前	(男・女)
生年月日	年 月 日 歳
住所	〒 -
その他の情報	連携する医療機関・治療歴・ 普段の診療で良く接する肝炎 コーディネーターの方のお名前 などご自由に記載ください。

患者記載必要欄

このノートを受け取られた先生、医療機関担当者様へ  
診療の手助けとして、また病診連携の際にもご利用いただけるノート  
を目指して作成しました。

このノートへ記載していただいた診断記録は、患者さんが  
肝炎患定期検査費助成を申請する際に、診断書の代わりとして使用す  
ることができます。ぜひご活用ください。

1

記録を始める頃のわたしの情報

20\_\_年度)

記入の仕方

現在の様子: (肝炎患定期検査費助成の申請に必要です。  
担当医に記載してもらいましょう。)

医療機関: ○○クリニック

B型慢性肝炎  C型慢性肝炎  ( )

サイン または 印

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月
採血		✓			○	
エコー		✓			○	
CT/MRI	✓					
胃カメラ						
健診(生活習慣病)						
健診(がん)						
尿検査		○				
頸部血管エコー					○	

定期検査助成を申請する際に記載が必要です。  
(担当医の先生は必ず記載をお願いいたします。)

担当医の先生と相談して計画しましょう。

検査計画は○  
実施は✓

その他の検査や治療の計画や  
実施を記録します。

大切な事柄を記載します。

治療経過など 3月3日より飲み薬の抗ウイルス治療が始まる

2

定期検査・治療スケジュール/記入の仕方見本のページ

3

定期検査・治療スケジュール/記入の仕方見本のページ