

肝炎治療受給者証認定のための  
診断書作成担当医師に係る要件確認票

(次の中で該当する項目に☐印を付してください。)

- 肝疾患の臨床経験が5年以上ある
- 腹部超音波検査に熟練し、画像診断ができる
- 一般社団法人日本肝臓学会肝臓専門医である
- 一般財団法人日本消化器病学会専門医である
- インターフェロンなど抗ウイルス療法の経験がある

上記に相違ありません。

医療機関所在地

名称

担当医師 氏名

印

※上記のいずれかの要件を満たしている場合に、当該診断書を作成できるものです。

- ※ 本票は岩手県肝疾患診療ネットワーク医療機関に所属しない医療機関の場合、治療内容に関わらず提出いただくものです。
- ※ 診断書作成医師が、岩手県肝疾患診療ネットワーク医療機関に所属する医師の場合は、この用紙を提出する必要はありません。