

診察時にはこの手帳を
必ずお持ちください。



- 佐賀県医師会
- 佐賀県肝疾患検診医療
提供体制登録医療機関
- 佐賀県肝疾患
診療連携拠点病院
- 佐賀県健康福祉部

2016年 1月発行
2016年 9月改訂
2017年 6月改訂
2019年10月改訂
2023年10月改訂
2024年10月改訂
2025年 1月改訂

健康増進ノート

Health promotion notebook



2019年度) 患者氏名: 佐賀 花子

B型	C型(SVR後を含む)	その他
☐ 慢性肝炎	☐ 慢性肝炎	
☐ 肝硬変・肝がん	☒ 肝硬変・肝がん	

※無症候性キャリアは肝疾患定期検査費助成の対象外

現在の様子()

項目	4月	5月	6月	7月	8月
採血	☒			☐	
エコー	☒			☐	
CT/MRI (肝硬変・肝がんの場合は CT・MRIも定期検査費助成の対象)					
ウイルス量	5.2logIU/ml				
健診・がん検診					
尿検査			☐		
頸部血管 エコー			☐		
※定期検査費助成は随時申請いただけます。申請忘れがないよう					
確認欄	定期検査費助成申請				

記入の仕方

医療機関: ○○クリニック

サイン または 印

☒医師☐肝炎医療
コーディネーター

定期検査助成を申請する際に記載が必要です。
(担当医の先生もしくは肝炎医療コーディネーターは
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。

保健福祉事務所職員に申請日
を記載してもらってください。
(郵送の方はご自身で申請日
の記入をお願いします。)

うに、医療機

成申請
の

2

定期検査・治療スケジュール／1年目

3

定期検査・治療スケジュール／1年目

※定期検査費助成をご利用の方は、管轄の保健福祉事務所でお手続きください。