

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (B型肝炎用)

対象者氏名

検査日  年 月 日

区分	内容	点数	実施	備考	
初診・再診 指導料 等	A000 初診料		<input type="checkbox"/>		
	A001 再診料		<input type="checkbox"/>		
	注11 明細書発行体制等加算		<input type="checkbox"/>		
	A002 外来診療料		<input type="checkbox"/>		
	B001.1 ウイルス疾患指導料1		<input type="checkbox"/>		
初診・再診・指導料合計					
血液学的 検査	D005 a 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査	<input type="checkbox"/>		
		末梢血液像(自動機械法15)	<input type="checkbox"/>		
		末梢血液像(鏡検法25)	<input type="checkbox"/>		
	D006 b 出血・凝固検査	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	<input type="checkbox"/>			
血液学的検査 計					
生化学的 検査 (I)	D007 c 血液化学検査	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	<input type="checkbox"/>		
		ALP	<input type="checkbox"/>		
		ChE	<input type="checkbox"/>		
		γ-GT	<input type="checkbox"/>		
		総コレステロール	<input type="checkbox"/>		
		AST	<input type="checkbox"/>		
		ALT	<input type="checkbox"/>		
		LD	<input type="checkbox"/>		
			上記D007 5項目以上7項目以下		
		上記D007 8項目又は9項目			
	上記D007 10項目以上				
生化学的検査(I) 計					
生化学的 検査(II)	D009 腫瘍マーカー	AFP	<input type="checkbox"/>		
		AFP-L3%	<input type="checkbox"/>		
		PIVKA-II 半定量	<input type="checkbox"/>		
		PIVKA-II 定量	<input type="checkbox"/>		
		上記D009 2項目			
		上記D009 3項目			
	上記D009 4項目以上				
生化学的検査(II) 計					
免疫学的 検査	D013 肝炎ウイルス関連検査	HBe抗原	<input type="checkbox"/>		
		HBe抗体	<input type="checkbox"/>		
		HBVジェノタイプ判定	<input type="checkbox"/>		
		上記D013 3項目			
肝炎ウイルス関連検査 計					
微生物学的 検査	D023 微生物核酸同定・定量検査	HBV核酸定量	<input type="checkbox"/>		
	微生物核酸同定・定量検査 計				
検体検査 判断料 他	[留意] 検体検査実施料	外来迅速検体検査加算(10点×最大5項目)	<input type="checkbox"/>		
	検体検査実施料 計				
	D026 検体検査判断料	血液学的検査判断料			
		生化学的検査(I)判断料			
		生化学的検査(II)判断料			
		免疫学的検査判断料			
		微生物学的検査判断料			
	検体検査管理加算(I)	<input type="checkbox"/>			
検体検査判断料 計					
D400 血液採取	静脈		<input type="checkbox"/>		
D215 超音波検査	断層撮影法(胸腹部)		<input type="checkbox"/>		
検査助成対象医療に係る検査 合計				点	
		うち 公費請求分		円	
		うち 保険者請求分		円	
		うち 患者負担額		円	

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:

医療機関名:

代表者名:

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (C型肝炎用)

対象者氏名

検査日 年 月 日

	区分	内容	点数	実施	備考		
初診・再診 指導料 等	A000 初診料			<input type="checkbox"/>			
	A001 再診料			<input type="checkbox"/>			
	注11 明細書発行体制等加算			<input type="checkbox"/>			
	A002 外来診療料			<input type="checkbox"/>			
	B001_1 ウイルス疾患指導料1			<input type="checkbox"/>			
	初診・再診・指導料合計						
血液学的 検査	D005 a 血液形態・機能検査	末梢血液一般検査		<input type="checkbox"/>			
		末梢血液像(自動機械法15)		<input type="checkbox"/>			
		末梢血液像(鏡検法25)		<input type="checkbox"/>			
	D006 b 出血・凝固検査	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			<input type="checkbox"/>				
血液学的検査 計							
生化学的 検査 (I)	D007 c 血液化学検査	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		<input type="checkbox"/>			
		ALP		<input type="checkbox"/>			
		ChE		<input type="checkbox"/>			
		γ-GT		<input type="checkbox"/>			
		総コレステロール		<input type="checkbox"/>			
		AST		<input type="checkbox"/>			
		ALT		<input type="checkbox"/>			
		LD		<input type="checkbox"/>			
		上記D007 5項目以上7項目以下					
		上記D007 8項目又は9項目					
上記D007 10項目以上							
生化学的検査(I) 計							
生化学的 検査(II)	D009 腫瘍マーカー	AFP		<input type="checkbox"/>			
		AFP-L3%		<input type="checkbox"/>			
		PIVKA-II 半定量		<input type="checkbox"/>			
		PIVKA-II 定量		<input type="checkbox"/>			
		上記D009 2項目					
		上記D009 3項目					
上記D009 4項目以上							
生化学的検査(II) 計							
免疫学的 検査	D013 肝炎ウイルス関連検査	HCV血清群別判定		<input type="checkbox"/>			
	肝炎ウイルス関連検査 計						
微生物学的 検査	D023 微生物核酸同定・定量検査	HCV核酸定量		<input type="checkbox"/>			
	微生物核酸同定・定量検査 計						
検体検査 判断料 他	[留意] 検体検査実施料	外来迅速検体検査加算(10点×最大5項目)		<input type="checkbox"/>			
	検体検査実施料 計						
	D026 検体検査判断料	血液学的検査判断料					
		生化学的検査(I)判断料					
		生化学的検査(II)判断料					
		免疫学的検査判断料					
		微生物学的検査判断料					
検体検査管理加算(I)			<input type="checkbox"/>				
検体検査判断料 計							
D400 血液採取	静脈		<input type="checkbox"/>				
D215 超音波検査	断層撮影法(胸腹部)		<input type="checkbox"/>				
検査助成対象医療に係る検査 合計					点		
うち 公費請求分 保険者請求分					円		
うち 患者負担額					円		

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:  
医療機関名:  
代表者名:

肝炎ウイルス検査陽性者等重症化予防推進事業 検査明細書 (定期画像検査用)

対象者氏名

検査日 年 月 日

	区分	内容	点数	実施	備考
コンピュータ断層診断撮影	E200 コンピューター断層撮影 (CT撮影)	64列以上のマルチスライス型(共同)		<input type="checkbox"/>	
		64列以上のマルチスライス型(その他)		<input type="checkbox"/>	
		16列以上64列未満のマルチスライス型		<input type="checkbox"/>	
		4列以上16列未満のマルチスライス型		<input type="checkbox"/>	
		上記以外		<input type="checkbox"/>	
		[注]造影剤使用加算		<input type="checkbox"/>	
	E202 磁気共鳴コンピューター断層撮影(MRI撮影)	3テスラ以上(共同)		<input type="checkbox"/>	
		3テスラ以上(その他)		<input type="checkbox"/>	
		1.5テスラ以上3テスラ未満		<input type="checkbox"/>	
		上記以外		<input type="checkbox"/>	
	[注]造影剤使用加算		<input type="checkbox"/>		
撮影料 計					
E203 コンピューター断層診断				<input type="checkbox"/>	
[通則]電子画像管理加算				<input type="checkbox"/>	
診断料 計					

	区分	内容	円	実施	備考
薬剤等	生理食塩水	20ml		<input type="checkbox"/>	
		100ml		<input type="checkbox"/>	
		250ml		<input type="checkbox"/>	
		造影剤	(製品名 )		
薬剤料 計					

検査助成対象医療に係る検査 合計		点
うち 公費請求分	保険者請求分	円
うち 患者負担額		円

上記のとおり検査を行ったことを証明する。

記載年月日: 年 月 日

所在地:  
医療機関名:  
代表者名: