

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書 (新規)

ふりがな			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			男・女	年 月 日生 (満 歳)		
住所	郵便番号 電話番号 ()					
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名			
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要			1. あり 2. なし 1. あり 2. なし		
検査所見	1. B型肝炎 ウイルスマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2)HBV-DNA定量		治療開始前のデータ (該当する方を○で囲む) ↓ 検査日 (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) _____ (年 月 日) (単位: _____、測定法 _____)		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (該当する方を○で囲む) ↓ 検査日 (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) _____ (年 月 日) (単位: _____、測定法 _____)	
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数		(検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) (検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) (検査日: 年 月 日)	
3. 画像診断及び 肝生検などの所見 (具体的に記載)		(検査日: 年 月 日)				
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)					
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他 (具体的に記載してください) _____) 治療開始日(予定を含む。) 年 月 日					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日			
医師氏名						

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 記載日6か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし、「治療開始前のデータ」については、核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始時の資料に基づいて記載してください。
3. 治療開始前データが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
4. 記入漏れのある場合は認定できない場合がありますので、ご注意ください。