

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 (あれば記載する)	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		<核酸アナログ製剤治療開始前のデータ>		<直近のデータ> (治療開始後3か月以内の者は記載不要)
	(1)HBs抗原量 (測定可能な場合に記入)		(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)
	(2)HBe抗原 HBe抗体		(単位:) (測定法)		(単位:) (測定法)
(3)HBV-DNA定量		(+ ・ -) (該当する方を○で囲む。)		(+ ・ -) (該当する方を○で囲む。)	
(4)HBVコア関連抗原量 (測定可能な場合に記入)		(+ ・ -) (")		(+ ・ -) (")	
2. 血液検査		_____(単位:) _____(測定法)		_____(単位:) _____(測定法)	
AST		_____(単位:) _____(測定法)		_____(単位:) _____(測定法)	
ALT		_____(単位:) _____(測定法)		_____(単位:) _____(測定法)	
血小板数 ()は施設の基準値		_____/μl(_____ ~ _____)		_____/μl(_____ ~ _____)	
3. 画像診断及び肝生検などの所見(特記すべき所見があれば記載する。)		(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)	
診断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性肝炎 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(併用の場合は複数選択) 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 テノゼット錠・ベムリディ錠 (該当する方を○で囲む。) 5. その他(具体的に記載:) 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. 記載日前3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な場合は、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ことがあるので、ご注意ください。