

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)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	〒 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		1. あり 2. なし
	⇒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
検査所見	記載日前6か月以内の資料に基づいて記載してください。なお、「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、治療開始前の資料に基づいて記載してください。		
		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6ヶ月以内の者は記載不要)
	1. B型肝炎ウイルスマーカー	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
	(1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体	(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -)	(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -)
	(2) HBV-DNA定量	(単位: _____、測定法 _____) ※単位及び測定法を必ず記載してください。	(単位: _____、測定法 _____) ※単位及び測定法を必ず記載してください。
2. 血液検査	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
AST	_____ IU/l	_____ IU/l	
ALT	_____ IU/l	_____ IU/l	
血小板数	_____ × 万 / μl	_____ × 万 / μl	
3. 画像診断の所見 (画像診断の種類、肝腫瘍の有無は、必ず記載する。)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
(1) 画像診断の種類 ① 超音波 ② CT ③ MRI ④ その他()	(1) 画像診断の種類 ① 超音波 ② CT ③ MRI ④ その他()	(1) 画像診断の種類 ① 超音波 ② CT ③ MRI ④ その他()	
(2) 肝腫瘍の有無(有・無)	(2) 肝腫瘍の有無(有・無)	(2) 肝腫瘍の有無(有・無)	
(3) 所見(特記すべき所見を記載する。)	(3) 所見(特記すべき所見を記載する。)	(3) 所見(特記すべき所見を記載する。)	
4. 肝生検の所見 (施行していれば、所見を記載する。)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
(所見:)	(所見:)	(所見:)	
診断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. B型代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. B型非代償性肝硬変 (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 4. テノホビル(テノゼット錠・ベムリディ錠) 2. ラミブジン 5. その他(具体的に記載してください。) 3. アデホビル		
	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	印		

(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. 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。

3. 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。