

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	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	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	直近のデータ (治療開始後3ヶ月以内の者は記載不要) (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)	
		() (+ ・ -) () (+ ・ -) () (+ ・ -) (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 ALT _____ IU/l 血小板数 _____ × 万 / μl		_____ IU/l _____ IU/l _____ × 万 / μl	
※所見内容は、 記載日前 3か月以内の 資料に基づくこと。 (核酸アナログ製剤 治療中の場合は、 治療開始時)	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) (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) (3) 所見(特記すべき所見を記載する。)	(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() (2) 肝腫瘍の有無(有・無) (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) (所見:)	(検査日: 年 月 日) (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 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) 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	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. 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、「治療開始前のデータ」について、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、データが不明の場合、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。