

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	大正 昭和 平成 令和	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			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ヶ月以内の者は記載不要)	
	1 B型肝炎ウイルス スマーカー (1)HBs 抗原 HBe 抗原 HBe 抗体 (2)HBV-DNA 定量		(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) (単位) (測定法:)		(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) (単位) (測定法:)	
	2 血液検査 (1)AST (2)ALT (3)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 ~) /μL(施設の基準値 ~)		(検査日: 年 月 日) IU/L(施設の基準値 ~) IU/L(施設の基準値 ~) /μL(施設の基準値 ~)	
	3 画像診断及び肝 生検などの所見		(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 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:) 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 (自署の場合は押印不要)		

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。

注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。

注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。

注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。