

## 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		

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。