

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	明・昭 大・平	年 月 日 生	(満 歳)
住 所	郵便番号 電話番号 ( )					
診断年月	昭和・平成 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  2. 血液検査  AST ALT 血小板数  3. 画像診断及び 肝生検などの 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か月以内の者は記載不要)		
		(検査日: 平成 年 月 日) (+・-) * (該当する方を○で囲む。) " " " "	(検査日: 平成 年 月 日) (+・-) * (該当する方を○で囲む。) " " " "	(検査日: 平成 年 月 日) ____ (単位: 、測定法 )	(検査日: 平成 年 月 日) ____ (単位: 、測定法 )	(検査日: 平成 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: ~ ~ )
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。(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⇒(薬剤名: ) 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。) 平成 年 月 日					
治療上の 問題点						
所在地 医療機関名 医師氏名				記載年月日 平成 年 月 日 電話番号 ( )		
				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。  
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。