

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	郵便番号 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 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 (検査日: 年 月 日) (+・-) * (該当する方を○で囲む。) (+・-) " (+・-) " (検査日: 年 月 日) _____ (単位: 、測定法) (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) 画像診断・肝生検 (該当する検査法を○で囲む) 画像診断方法: 所 見:		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: 年 月 日) (+・-) * (該当する方を○で囲む。) (+・-) " (+・-) " (検査日: 年 月 日) _____ (単位: 、測定法) (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) 画像診断・肝生検 (該当する検査法を○で囲む) 画像診断方法: 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(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 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					
所在地	記載年月日 年 月 日 電話番号 ()				
医療機関名					
医師氏名					

(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。
5. ベムリディ(テノホビル アラフェナミド)等、治療内容の選択肢に薬剤名の記載がない場合はその他の欄に記載して下さい。