

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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	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) (検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)
検査所見	2 血液検査 AST ALT 血小板数	____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)		____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)
		____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)		____ IU/l (施設の基準値: ____ ~ ____)
検査所見	3 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)	____ / μl (施設の基準値: ____ ~ ____)		____ / μl (施設の基準値: ____ ~ ____)
		(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。(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				
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。