

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	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (確認できる範囲内で記載する。) (検査日: 年 月 日)	直近のデータ (検査日: 年 月 日)		
	(1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体	(+・-) (+・-) (+・-)	(+・-) (+・-) (+・-)		
検査所見	(2) HBV-DNA定量	____ (単位: 、測定法)	____ (単位: 、測定法)		
	2. 血液検査	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)		
検査所見		AST _____ IU/L	AST _____ IU/L		
		ALT _____ IU/L	ALT _____ IU/L		
検査所見		血小板数 _____ /μl	血小板数 _____ /μl		
	3. 画像診断及び肝生検査などの所見 (具体的に記載)	(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	現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○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. テノホビル 4. その他 (具体的に記載:) 治療開始日 (予定を含む) 年 月				
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 (記名・押印または署名)					

(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6か月以内 (ただし、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. 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。