

## 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 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 大 昭 平 年 月 日 生 (満 歳)
住所	(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	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 平成 年 月 日)		直近のデータ (治療開始前又は開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: 平成 年 月 日)
	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	_____ (単位: _____、測定法 _____)	(検査日: 平成 年 月 日)	_____ (単位: _____、測定法 _____)
2. 血液検査	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)
AST	_____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)
ALT	_____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)	_____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)
血小板数	_____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万)	_____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万)	_____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万)
3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載す る。)	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)	(検査日: 平成 年 月 日)
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(テノゼット錠・ベムリディ錠) 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			
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 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最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。