

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	(〒 -) (電話)		
診断年月	年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師氏名
現在の治療	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 HB e 抗原 HB e 抗体 (2) HBV-DNA 定量 (3) 測定可能な場合に記入 2. 血液検査 A S T A L T 血小板数 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載)	核酸アナログ製剤治療開始前データ (検査日： 年 月 日) (該当する方を で囲む。) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) ____ (単位： 、測定法) HBs 抗原量 _____ IU/ml HBV ɳ7 関連抗原量 _____ logU/ml (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)	直近のデータ (治療開始後 3 ヶ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。) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) ____ (単位： 、測定法) HBs 抗原量 _____ IU/ml HBV ɳ7 関連抗原量 _____ logU/ml (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)
		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	該当する方を で囲む 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) 5 . テノホビル (ベムリディ錠) 6 . 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 (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 . 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りますので、ご注意ください。