

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)

②

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 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
			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 空腹時血糖 AFP 3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	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) (単位: , 測定法) (検査日: 年 月 日) IU/l IU/l /μl mg/dl ng/ml } 実施している場合は記入 してください。		(検査日: 年 月 日) IU/l IU/l /μl mg/dl ng/ml } 実施している場合は記入 してください。
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) 5. テノホビル(ベムリディ錠) 6. その他(具体的に記載:) 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。