

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（核酸アナログ製剤治療）

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	明・昭 大・平	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	該当する方を○で囲む。 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり 2. なし ↑で「1. あり」に○の場合、該当する方を○で囲む。 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	項目	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要)	
	1. B型肝炎ウイルスマーカー	検査日: 年 月 日		検査日: 年 月 日	
	(1) HBe抗原	+・- (←該当する方を○で囲む)		+・- (←該当する方を○で囲む)	
	HBe抗体	+・- (←該当する方を○で囲む)		+・- (←該当する方を○で囲む)	
(2) HBV-DNA定量	(単位: 、測定法)		(単位: 、測定法)		
検査所見	2. 血液検査	検査日: 年 月 日		検査日: 年 月 日	
	AST	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: ~)	
	血小板数	/ μ l (施設の基準値: ~)		/ μ 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)	検査日: 年 月 日 方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他()		検査日: 年 月 日 方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他()	
		所見: _____		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 ジソプロキシルフマル酸塩錠 5. テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠 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					
上記のとおり診断します。患者本人に対し、核酸アナログ製剤治療の効果・副作用等について説明しました。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名					

(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。