

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 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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 スマーカー (1) HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量	検査日: 年 月 日 +・- (←該当する方を○で囲む) +・- (←該当する方を○で囲む) (単位: 、測定法)		検査日: 年 月 日 +・- (←該当する方を○で囲む) +・- (←該当する方を○で囲む) (単位: 、測定法)
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	検査日: 年 月 日 IU/l (施設の基準値: ~) IU/l (施設の基準値: ~) / μ l (施設の基準値: ~)		検査日: 年 月 日 IU/l (施設の基準値: ~) IU/l (施設の基準値: ~) / μ l (施設の基準値: ~)
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() 所見: _____		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: _____	
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。