

(別紙様式第2号の4)

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 (満 歳)
住 所	〒 電話番号 ( )		
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
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継続の必要		1. あり 2. なし 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(確認できる 範囲で記載願います)	直近のデータ
	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) (+・-) (+・-) _____(単位: 、測定法 )	(検査日: 年 月 日) (+・-) (+・-) _____(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: ~ ) ____ / $\mu$ 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: ~ ) ____ / $\mu$ 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)	(検査日: 年 月 日)
診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. B型代償性肝硬変 3. B型非代償性肝硬変		
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(該当する方の□欄にチェックを入れる) □ ジソプロキシシルフマル酸塩 □ アラフェナミドフマル酸塩 5. 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 医師氏名	記載年月日 年 月 日		

(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6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. 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。