

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	〒		TEL ( )		
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 1. あり	2. なし 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  3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべきものがあれば記載)	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) (+) ( ) (+) ( ) (+) ( ) _____ LogIU/ml または _____ Logコピー/ml (Real time PCR法によること)  (検査日: 年 月 日) _____ IU/l _____ IU/l _____ 万/μl  (検査日: 年 月 日) (所見) ※具体的に記載		(検査日: 年 月 日) (+) ( ) (+) ( ) (+) ( ) _____ LogIU/ml または _____ Logコピー/ml (Real time PCR法によること)  (検査日: 年 月 日) _____ IU/l _____ IU/l _____ 万/μl  (検査日: 年 月 日) (所見) ※具体的に記載	
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 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					
医師氏名	上記のとおり診断します。 医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日		
	医師氏名		印 (医師自署または記名押印)		
	下記の該当する項目チェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 専門医療機関 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医				

(注)

- この診断書は、専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が記載してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

※保健所使用欄	審査結果	審査日	審査医師名
	承認・保留・不承認	年 月 日	