

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

※ 更新手続に係る診断書は、様式第2-4を使用してください。

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	明治・昭和 大正・平成 年 月 日生(満 歳)
住所等	郵便番号 ー 住所 電話番号		
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師氏名
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1 あり 2 なし 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		
検査所見	1 B型肝炎ウイルス マーカー (1)HBs抗原 (2)HBe抗原 (3)HBe抗体 (4)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 (具体的に記載) ※その他の場合は診断法を記載	【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。) (+・-) (該当する方を○で囲む。) (+・-) (該当する方を○で囲む。) _____ (単位:) (測定法:)	【直近データ】 (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。) (+・-) (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) _____ IU/L(施設の基準値: ~) _____ IU/L(施設の基準値: ~) _____ × 10 ⁴ /μL (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: ~) _____ × 10 ⁴ /μL (施設の基準値: ~)
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。 1 エンテカビル単独 4 ラミブジン+アデホビル 2 ラミブジン単独 5 テノホビル単独 (テノゼット ・ ベムリディ) 3 アデホビル単独 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			

(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(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 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最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。