

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 | (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 | 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 | 核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 年 月 日) | 直近のデータ (治療開始前又は開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: 年 月 日) |
| | (1) HBs抗原 | (+ ・ -) | (+ ・ -) |
| | HBe抗原 | (+ ・ -) | (+ ・ -) |
| | HBe抗体 | (+ ・ -) | (+ ・ -) |
| (2) HBV-DNA定量 | _____ (単位: _____、測定法 _____) | (検査日: 年 月 日) | _____ (単位: _____、測定法 _____) |
| 2. 血液検査 | (検査日: 年 月 日) | (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: _____ ~ _____) | _____ 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: _____ ~ _____) | _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____) |
| 血小板数 | _____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万) | _____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万) | _____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万) |
| 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載する。) | (検査日: 年 月 日) | (検査日: 年 月 日) | (検査日: 年 月 日) |
| 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(テノゼット錠・ベムリディ錠) 5. その他(具体的に記載してください。) 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 | 印 | | |

(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。