

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)

| | | | |
|------------|--|--|--|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日(年齢) |
| 患者氏名 | | 男・女 | 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 | 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 2. なし | 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抗原量 (測定可能な場合に記入) (2)HBe抗原 HBe抗体 (3)HBV-DNA定量 (4)HBVコア関連抗原量 (測定可能な場合に記入) 2. 血液検査 AST ALT 血小板数 ()は施設の基準値 3. 画像診断及び肝生検などの所見(特記すべき所見があれば記載する。) | <核酸アナログ製剤治療開始前のデータ> (検査日: 年 月 日) _____(単位:) (測定法) (+・-)(該当する方を○で囲む。) (+・-)(") _____(単位:) (測定法) _____(単位:) (測定法) (検査日: 年 月 日) ____IU/1(____~____) ____IU/1(____~____) ____/μl(____~____) (検査日: 年 月 日) | <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) _____(単位:) (測定法) (+・-)(該当する方を○で囲む。) (+・-)(") _____(単位:) (測定法) _____(単位:) (測定法) (検査日: 年 月 日) ____IU/1(____~____) ____IU/1(____~____) ____/μl(____~____) (検査日: 年 月 日) |
| | | 診断 | 該当番号を○で囲む。 1. B型慢性肝炎 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(該当する方を○で囲む。) 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 | 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な場合は、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。