

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (核酸アナログ製剤治療・新規用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)	
住所	郵便番号 電話番号 ( )			
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	申請前の 治療歴	1 あり ( ____年 ____月頃から) 2 なし (ありの場合) 医療機関名 _____ 薬剤名 _____	
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		核酸アナログ製剤 治療開始前のデータ (検査日: ____年 ____月 ____日) (+・-) } (該当を○で囲む。) (+・-) } (+・-) } ____ (単位: ) ____ (測定法: )	
	2 血液検査 (検査結果との対比上必要なので、 施設での基準値も必ず記載する。)		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) (+・-) } (該当を○で囲む。) (+・-) } (+・-) } ____ (単位: ) ____ (測定法: )	
	AST ALT 血小板数		(検査日: ____年 ____月 ____日) (施設の基準値) ____ IU/l (____~____) ____ IU/l (____~____) ____ 万/μl (____~____)	
			(検査日: ____年 ____月 ____日) (施設の基準値) ____ IU/l (____~____) ____ IU/l (____~____) ____ 万/μl (____~____)	
3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: ____年 ____月 ____日) (B型慢性肝炎患者であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。)				
4 特記事項(※) (3の検査所見が不明の場合は、必ずここに記載する。)				
診断	該当番号を1つ○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。)			
今回申請の 治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択する。)(保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 エンテカビル 2 ラミブジン 3 アデホビル 4a テノホビル(テノゼット)      4b テノホビル(バムリディ) 5 その他( _____ ) (具体的に記載する。) 治療予定期間 ( ____年 ____月 から1年間)			
治療上の問題点 (※)				
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: ____年 ____月 ____日 電話番号			

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。
- 2 記載日前3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、確認できる範囲の最も古いデータを記載してください。
- 4 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
- 5 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。