

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	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 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 (具体的に記載)	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)	
		+ . - + . - + . - _____ (単位： 、測定法)		+ . - + . - + . - _____ (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： _____ ~ _____) ____ /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： _____ ~ _____) ____ /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。(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。
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。