

肝炎治療受給者証(核酸アナログ治療)認定に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)		
			男・女	明昭 大平	年	月
住 所						
診断年月	昭和・平成・令和 年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名			
診 断						
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	<b>核酸アナログ製剤治療開始前のデータ</b> (確認できる範囲内で記載する)			<b>直近のデータ</b>		
	1. B型肝炎ウイルスマーカー 【検査日: 年 月 日】 (1) HBs抗原 ( + ・ - ) HBe抗原 ( + ・ - ) HBe抗体 ( + ・ - ) (2) HBV-DNA定量 測定値: _____ 単位: _____ 測定法: _____			1. B型肝炎ウイルスマーカー 【検査日: 年 月 日】 (1) HBs抗原 ( + ・ - ) HBe抗原 ( + ・ - ) HBe抗体 ( + ・ - ) (2) HBV-DNA定量 測定値: _____ 単位: _____ 測定法: _____		
検査所見	2. 血液検査 【検査日: 年 月 日】 検査結果                      施設の基準値 T.Bil: _____ mg/dl (    ~    ) AST: _____ IU/l (    ~    ) ALT: _____ IU/l (    ~    ) 血小板数: _____ / $\mu$ l (    ~    )			2. 血液検査 【検査日: 年 月 日】 検査結果                      施設の基準値 T.Bil: _____ mg/dl (    ~    ) AST: _____ IU/l (    ~    ) ALT: _____ IU/l (    ~    ) 血小板数: _____ / $\mu$ l (    ~    )		
	3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) 【検査日: 年 月 日】 (所見)			3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) 【検査日: 年 月 日】 (所見)		
治療内容	該当する番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル                      4. テノホビル 2. ラミブジン                        5. ベムリディ 3. アデホビル                        6. その他 ※具体的に記載: 治療開始予定年月    年    月 (備考:                      )					
治療上の 問題点						
記載年月日 令和    年    月    日						
医療機関名および所在地						
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もっとも古いデータを記載してください。  
 4. 治療開始予定年月について、特記事項等は備考欄にご記入ください。  
 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。