

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	明 昭 大 平	年 月 日生	(満 歳)
郵便番号 住 所 電話番号	()					
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			
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		
検査所見	記載日前6か月以内の資料に基づいて記載してください。「治療開始前のデータ」については、既に核酸アナログ製剤治療中の場合は、治療開始前の資料に基づいて記載してください。					
		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。)			
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 ウイルス型※	() (+ ・ -) () (+ ・ -) () (+ ・ -) _____(Meq/ml・LGE/ml・Logコピー/ml・cpm) (測定方法:TMA法、PCR法・その他()) A・B・C・D・その他() (検査日: 年 月 日) ※可能ならば、一度測定してください。	() (+ ・ -) () (+ ・ -) () (+ ・ -) _____(Meq/ml・LGE/ml・Logコピー/ml・cpm) (測定方法:TMA法、PCR法・その他())			
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数 クレアチニン eGFR	(検査日: 年 月 日) ____ IU/1 ____ IU/1 ____ / μ l ____ mg/dl ____ ml/分/1.73m ²	(検査日: 年 月 日) ____ IU/1 ____ IU/1 ____ / μ l ____ mg/dl ____ ml/分/1.73m ²			
	3. 画像診断及び肝生 検などの所見 (具体的に記載)	(検査日: 年 月 日) (所見)	(検査日: 年 月 日) (所見)			
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. バラクルード及びジェネリック医薬品(エンテカビル水和物) 2. ゼフィックス(ラミブジン錠) 3. ヘプセラ(アデホビル ピボキシル錠) 4. テノゼット(テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩錠) 5. ベムリディ(テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠) 6. その他(具体的に記載:) 治療開始日(予定を含む。) 令和 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 令和 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. 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。
3. 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。