

第2号様式の3(第6関係)

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証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	〒 _____ 電話番号 ( ) _____				
診断年月	年 月	前医 (あれば記入し てください。)	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		1 あり	2 なし	
	ありの場合は、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	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ		直近の認定・更新時以降のデータ		
	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(異常が ない場合も、その旨を 記入してください。)	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲んでください。) (+・-) (+・-) (+・-) ____ (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) (所見)	(検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲んでください。) (+・-) (+・-) (+・-) ____ (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) (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 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: ) 治療開始日(予定を含みます。) 年 月 日				
治療薬剤の 変更	該当番号を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更		1 あり	2 なし	
	1 ありに○の場合 変更前薬剤名( )		変更日( 年 月 日)		
治療上の問題点					

医療機関名及び所在地	記入年月日	年	月	日
医師氏名				

(注)

- 1 診断書の有効期限は、記入日から起算して3月以内です。
- 2 記入日前3月以内の資料に基づいて記入してください。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入してください。
- 3 治療開始前データが不明な場合は、治療開始後、確認することができる範囲内の最も古いデータを記入してください。
- 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。