

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 【必須】	該当を○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)		
現在の治療 【必須】	今回の申請以前から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 【必須】	核酸アナログ製剤治療開始直前の所見を記入する。 ただし、治療中の場合は直近の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe抗原 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe抗体 (+・-・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 (検査日: 年 月 日) (単位 , 測定法) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ ×10 ⁴ /μl Ca _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 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)		
治療内容 【必須】	核酸アナログ製剤の薬剤名、1日投与量を記入する。(併用の場合は複数記入) ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg ・薬剤名: _____ , 投与量: _____ mg 治療開始日(予定を含む): 年 月		
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			

(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。
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。