

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

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	年 月 日（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		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	1. B型肝炎ウイルス スマーカー	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (更新の場合は「前回申請時データ」) (検査日： 年 月 日)	直近のデータ (新規の場合は、治療開始後6か月以内の者は記載不要) (検査日： 年 月 日)
	(1)HBs抗原	(+・-) (該当する方を○で囲む)	(+・-) (該当する方を○で囲む)
	(2)HBe抗原	(+・-) (該当する方を○で囲む)	(+・-) (該当する方を○で囲む)
	HBe抗体	(+・-) (該当する方を○で囲む)	(+・-) (該当する方を○で囲む)
(3)HBV-DNA 定量	____(単位： 、測定法)	____(単位： 、測定法)	
2. 血液検査	(検査日： 年 月 日)	(検査日： 年 月 日)	
AST	____IU/l (施設の基準値：____~____)	____IU/l (施設の基準値：____~____)	
ALT	____IU/l (施設の基準値：____~____)	____IU/l (施設の基準値：____~____)	
血小板数	____/μl (施設の基準値：____~____)	____/μl (施設の基準値：____~____)	
3. 画像診断および 肝生検等の所見	(血液検査の結果が基準値の範囲内の場合は必ず記載) (検査日： 年 月 日)	(血液検査の結果が基準値の範囲内の場合は必ず記載) (検査日： 年 月 日)	
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。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. テノホビル単独 4. 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	
<div style="text-align: right;">記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div> <div style="text-align: right;">医療機関名および所在地 _____ (医療機関コード _____)</div> <div style="text-align: left;">医師氏名 _____</div>	

認定基準
<p>・ B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者</p>

(注)

【新規の場合】

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6か月以内の資料に基づいて記載してください。ただし「治療開始前のデータ」については、現在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. 免疫抑制・化学療法による再活性化予防等、特別な事情がある場合は「治療上の問題点」に記載してください。
5. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。

【更新の場合】

1. 「前回申請時データ」が不明の場合は、前回申請時以降の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。
2. 「直近のデータ」は、現在使用している肝炎治療受給者証の交付日以降（概ね1年以内）のデータ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、御注意ください。