

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)			

