

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)
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:平成 年 月 日) HBe 抗原 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日:平成 年 月 日) HBe 抗体 (＋・－・未実施) (該当する方を○で囲む) (検査日:平成 年 月 日) (2) HBV-DNA 定量 _____ (検査日:平成 年 月 日) (単位 _____ , 測定法 _____) 2. 血液検査 (検査日:平成 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:平成 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):平成 年 月		
治療上の 問題点			
医療機関名及び所在地	記載年月日:平成 年 月 日		
医師氏名	印		

(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。