

(様式第2-4号)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請にかかる診断書(新規)

フリガナ				性別	生年月日(年齢)		
患者氏名				男・女	大平昭令	年 月 日(満 歳)	
住所	電話番号 ()						
診断年月	平成・令和 年 月	前医 (あれば記載)	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	検査項目	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (確認できる範囲で記載する)			直近のデータ		
	1.B型肝炎ウイルス マーカー	(検査日:令和 年 月 日)			(検査日:令和 年 月 日)		
	(1)HBs抗原	(+ ・ -)			(+ ・ -)		
	HBe抗原	(+ ・ -)			(+ ・ -)		
	HBe抗体	(+ ・ -)			(+ ・ -)		
	(2)HBV-DNA定量	_____ (単位: _____、測定法 _____)			_____ (単位: _____、測定法 _____)		
	2.血液検査	(検査日:令和 年 月 日)			(検査日:令和 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	_____ / μ l(施設の基準値: _____~_____)			_____ / μ l(施設の基準値: _____~_____)		
	3.画像診断及び肝生 検などの所見 (具体的に記載)	(検査日:令和 年 月 日) (所見 _____)			(検査日:令和 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(具体的に記載してください) _____) 治療開始予定日(治療中の場合は、助成開始日) 令和 年 月 日より						
治療上の問題点							
医療機関名及び所在地					記載年月日 令和 年 月 日		
医師氏名					Ⓜ		
県記入欄	認定審査欄				自己負担 限度額	甲 乙	
	適	否	適	否			

- (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。ただし、「治療開始前のデータ」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載してください。
 3. 治療開始前のデータが不明の場合は、治療開始後、確認できる範囲内の最も古いデータを記載してください。
 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。