

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (核酸アナログ製剤治療)

更新用

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 ()				
診断年月	年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名		
検査所見	項目	前回申請時データ		直近の認定・更新時以降のデータ	
	1. B型肝炎ウイルス スマーカー	検査日: 年 月 日		検査日: 年 月 日	
	(1) 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)	
(2) 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	_____ / 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: 年 月 日		検査日: 年 月 日		
	方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他()		方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他()		
	所見: _____		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 ジソプロキシルフマル酸塩錠 5. テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠 6. その他 (具体的に記載:)				
治療薬剤 の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし ↑で「1. あり」に○の場合 変更前薬剤名 () 変更日 (年 月 日)				
治療上の 問題点					
上記のとおりB型慢性肝炎に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名					

(注)

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. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
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。