

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	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)	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型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量 2. 血液検査 AST ALT 血小板数 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+-) (+-) (+-) _____(単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) _____IU/l(施設の基準値: ~ ~) _____IU/l(施設の基準値: ~ ~) _____/μl(施設の基準値: ~ ~) (検査日: 年 月 日) (所見)		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (+-) (+-) (+-) (+-) _____(単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) _____IU/l(施設の基準値: ~ ~) _____IU/l(施設の基準値: ~ ~) _____/μl(施設の基準値: ~ ~) (検査日: 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(バラクルード) 2. ラミブジン(ゼフィックス) 3. アデホビル(ヘプセラ) 4. テノゼット(テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩(TDF)) 5. ペムリディ(テノホビル アラフェナミドフマル酸塩(TAF)) 6. 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					
ガイドラインに遵守していないが治療を開始する理由			該当番号を○で囲む 1. 再活性化予防 2. その他()		
記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名			この診断書の記載には、次のいずれかに該当することが必要です。 該当する口欄にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である。 【専門医番号】 <input type="checkbox"/> 香川県が指定する研修の修了者である。 【修了証番号】 <input type="checkbox"/> 上記以外で県外の医療機関に在籍する医師であり、当該医療機関 所在地の都道府県における診断書記載の要件を具備している者である。		

(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. 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。