

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 (あれば記載する。)	医療機関名 医師名	
現在の治療	(1)現在の核酸アナログ製剤治療の有無 (2)上記(1)でありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要		1. あり 2. なし	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 (確認できる範囲内で記載する) (検査日: 年 月 日) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) IU/I(施設の基準値: ~ ~) IU/I(施設の基準値: ~ ~) 10 ⁴ /μl(施設の基準値: ~ ~) (検査日: 年 月 日) (診断方法) (所見)	直近のデータ (検査日: 年 月 日) (+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) IU/I(施設の基準値: ~ ~) IU/I(施設の基準値: ~ ~) 10 ⁴ /μl(施設の基準値: ~ ~) (検査日: 年 月 日) (診断方法) (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。) 治療開始日(予定を含む) 年 月 日			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日			
医師氏名	(署名又は記名押印)			
該当する口欄にチェックを入れて下さい。①又は②のいずれかにチェックがない場合は、助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> ①日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> ②茨城県肝炎医療研修会受講修了者 【受講番号: 号】				

(注) 1. 該当番号を○で囲み、必要事項をご記入ください。
 2. 本書類の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
 3. 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き記載してください。
 4. 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最も古いデータを記載してください。
 5. 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。
 6. 本診断書は、①日本肝臓学会肝臓専門医、又は②茨城県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかのみが記載するものとします。
 (※茨城県肝炎医療研修会とは、茨城県が肝炎患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会をいいます。)