

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用）

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 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	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 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	治療歴にかかるデータ					
	チい → エブ ツれ → クか に	<input type="checkbox"/> 新規申請の場合 以下の欄、記載不要 <input type="checkbox"/> 更新申請の場合 前回診断書の「直近のデータ」(右記)を転記		【新規申請、更新申請とも記載必須】 今回の申請にかかる 「直近のデータ」		
	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	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
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)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)	
現在の診断	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)					
現在の 治療内容 又は 開始予定の 治療内容	以下の核酸アナログ製剤治療のうち、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. テノホビル・ジソプロキシシルフマル酸塩 (TDF) 3. テノホビル・アラフェナミドフマル酸塩 (TAF) 4. ラミブジン 5. アデホビル 6. その他(具体的に記載してください) 核酸アナログ製剤の治療開始日(または開始予定) 年 月 日					
治療薬剤の 変更 (更新申請の 場合のみ)	該当する方を○で囲む 前回申請時からの治療薬剤の変更      あり      なし      (TDF、TAF間での変更の場合も記載してください。) 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						
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日					
医師氏名 (指定の診断書作成医)						

審査会委員  
子エック欄

要  
確  
認

(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。  
 (注)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。  
 (注)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。  
 (注)4. 本診断書は熊本県核酸アナログ製剤治療指定医療機関が発行することとする。