様式第２－４号（第３関係）

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）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 |  | | 性別 | 生年月日（年齢） | |
|  | | 男・女 | 年 　　月　 　日生（満　　歳） | |
| 患者住所 | 〒　　　　－  電話番号　（　　　　） | | | | |
| 診断年月 | 年　　月 | 依頼医  （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　　　　　　　　１　有り　 ２　無し  ありの場合，核酸アナログ製剤治療の継続の必要　　１　有り 　２　無し | | | | |
| 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 画像診断およ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）  （該当する方を○で囲む。）  （+ ・－）  （+ ・－）  （+ ・－）  定量値　　　　　　　 Log IU/ｍL  検査法　（ TaqMan ・ AccuGene ）  （その他：　　　　　　　　　　）  （検査日：　　　　年　　　月　　　日）  　　　　　IU／L  　　　　　IU／L  　　　　　×10４／mm3  （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。）  （+ ・－）  （+ ・－）  （+ ・－）  定量値　　　　　　　 Log IU/ｍL  検査法　（ TaqMan ・ AccuGene ）  （その他：　　　　　　　　　　）  （検査日：　　　　年　　　月　　　日）  　　　　　IU／L  　　　　　IU／L  　　　　　×10４／mm3  （検査日：　　　　年　　　月　　　日）  所見： |
| 診　　断 | （該当する番号を○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 | （該当する番号を○で囲む。併用の場合は複数選択。）  4テノホビル（テノゼット®錠）  5テノホビル（ベムリディ®錠）  6その他  　（　　　　　　　　　　　　　）  1エンテカビル（バラクルード®錠，エンテカビル錠）  2ラミブジン（ゼフィックス®錠）  3アデホビル（ヘプセラ®錠）  治療開始日（予定を含む。）　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 治療上の  問題点等 |  | | | | |
| 医療機関名及び所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日　　　　　　年　　　月　　　日  　　　専門医　氏名 | | | | | |

※１　診断書は，記載日から起算して３か月以内のものが有効となること。

　２　記載日前３か月以内の資料に基づいて記載すること。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，治療開始前の資料に基づいて記載すること。

　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最も古いデータを記載すること。

　４　肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあっては，当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。

　５　記入漏れのある場合は，認定できないことがあるので，注意すること。