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ASTALT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。