

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	大・昭・平	年	月 日 生 (満 歳)
住所	〒	前医 (あれば記載する)	医療機関名		
	電話番号 ()		医師名		
診断年月	昭和・平成 年 月				
現在の治療	■現在の核酸アナログ製剤治療の有無 ■前段が「1. 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	該当する方に○
検査所見 (※1と2は必須)	核 酸 ア ナ ロ グ 製 剤 療 治 療 開 始 前 の デ ー タ	1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日:平成 年 月 日) ■HBs抗原量 _____ (単位: _____、測定法: _____) ■HBe抗原(+・-) _____ ■HBe抗体(+・-) _____ ■HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法: _____)			
	直 近 の デ ー タ (3 か 月 以 内 の 者 は 記 載 不 要)	2. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日) ■AST _____ IU/l ■ALT _____ IU/l ■血小板数 _____ /μl 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべき所見があれば記載してください。) (検査日:平成 年 月 日)			
診断	■診断(該当番号を○で囲んでください。) 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	■治療内容(該当番号を○で囲んでください。) 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. テノホビル単独 6. その他(具体的に記載してください。) [_____] ■治療開始(予定)日 平成 年 月 日				
治療上の問題点					
所在地	(〒 _____)		記載年月日 平成 年 月 日		
医療機関名					
電話番号			医師氏名		印
■該当する口欄にレ点を→入れてください。		<input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 埼玉県肝炎医療研修会受講修了者(受講者番号:第 _____ 号)			

※この診断書に記載できるのは、①日本肝臓学会肝臓専門医、②埼玉県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかの医師のみに限られます。

(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。なお、記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
 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「核酸アナログ製剤治療開始前データ」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最も古いデータを記載してください。
 4. 埼玉県肝炎医療研修会とは、埼玉県が肝疾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のことをいいます。

認 定 基 準

【核酸アナログ製剤治療に係る医療費助成】

《B型肝炎ウイルス関連》

B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者