

様式 2-3

千葉県肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤）認定に係る診断書（新規）

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	
住 所	〒		電話番号 ()	
診断年月	年 月	前 医 (有の時記載)	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. あり	2. なし
	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
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	核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (検査日: _____年__月__日)	直近データ (治療開始後3ヶ月以内の者は記載不要) (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)		
	_____IU/1 (施設の基準値: _____~_____)	_____IU/1 (施設の基準値: _____~_____)		
	_____IU/1 (施設の基準値: _____~_____)	_____IU/1 (施設の基準値: _____~_____)		
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)		
	(所見)	(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) 1. エンテカビル (ETV) 2. ラミブジン (LAM) 3. アデホビル ピボキシル (ADF) 4. テノホビル ジソプロキシル (TDF) 5. テノホビル アラフェナミド (TAF) 6. その他 (具体的に記載: _____) 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 所在地 医師氏名	記載年月日 _____年__月__日 ⑩			

- (注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。
2. 記載日前3ヶ月以内の資料に基づいて記載して下さい。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もっとも古いデータを記載してください。
4. 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、ご注意下さい。