様式３－２

ウイルス性肝炎進行防止対策（肝炎治療特別促進事業）医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：□新規　□更新〕

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） （和暦） 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

検査所見		検査データ① （以下の検査データを記載してください。） 【新規申請の場合】 核酸アナログ製剤治療開始前のデータ 【更新申請の場合】 前回申請時データ	検査データ② （以下の検査データを記載してください。） 【新規申請の場合】 直近データ（治療開始後3か月以内の者は記載不要） 【更新申請の場合】 直近の認定・更新時以降のデータ
	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	1（検査日：　年　月　日） （該当するものを○で囲む。） （＋・－・未検査） （＋・－・未検査） （＋・－・未検査） ＿＿＿（単位：　測定法　）	1（検査日：　年　月　日） （該当するものを○で囲む。） （＋・－・未検査） （＋・－・未検査） （＋・－・未検査） ＿＿＿（単位：　測定法　）
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	2（検査日：　年　月　日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿） ＿＿＿ ／μl（施設の基準値：＿＿～＿＿）	2（検査日：　年　月　日） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿） ＿＿＿ IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿） ＿＿＿ ／μl（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）	3（検査日：　年　月　日）	3（検査日：　年　月　日）

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）
肝がんの合併	肝がん　1. あり　2. なし
治療内容	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. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他（具体的に記載： ※更新申請の場合 前回申請時から治療薬剤の変更がある際は、以下の項目を記載してください。 変更前薬剤名（　　） 変　更　日（　年　月　日）
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
治療上の問題点	

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

医師氏名

（注）

新規申請の場合

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。
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「治療開始前データ」について、核酸アナログ製剤治療中の場合、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な場合は、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場合があります。

更新申請の場合

1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の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。
2. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。
   なお、複数存在する場合は、より直近のデータを記載してください。
3. 記入漏れのある場合は認定できない場合があります。