

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)

○診断書の作成にあたってのお願い

- ・この診断書の作成費用は、医療費助成の対象外ですので、患者様でご負担いただくこととなります。
- ・肝炎核酸アナログ製剤治療医療費助成制度は、B型肝炎ウイルス性肝炎・B型代償性肝硬変・B型非代償性肝硬変であってもすべての患者様が対象となるのではなく、対象となる方が限定されています(下記認定基準参照)。また保険適用となっているものに限られます。
- ・医療費助成は、申請月の初日から1年間の助成期間とします。ただし、医師が治療継続を必要と認める場合は、更新することが可能です。

認定基準

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実施中の者

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)	
			男・女	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	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1)HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ (該当する方を○で囲む。)		直近のデータ (治療開始後3か月以内の者は記載不要) (該当する方を○で囲む。)
	(2)HBV-DNA定量		(検査日: 年 月 日) (単位: 、測定法 )		(検査日: 年 月 日) (単位: 、測定法 )
検査所見	(3)測定可能な場合に入力		(検査日: 年 月 日) HBs抗原量 _____IU/ml HBコア関連抗原量 _____logU/ml		(検査日: 年 月 日) HBs抗原量 _____IU/ml HBコア関連抗原量 _____logU/ml
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数		(検査日: 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____)		(検査日: 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____)
検査所見	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) (所見)		(検査日: 年 月 日) (所見)
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)				
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: _____ ) 治療開始日(予定を含む。) 年 月 日 (不明な場合は貴院での治療開始日)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日				
医師氏名	印				

- (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。  
 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るので、ご注意ください。
- ※1) HBs抗原定性検査は、HBV-DNA定量が感度以下、かつHBe抗原陰性、HBe抗体陽性の場合に、継続治療の必要性を確認するためのものです。  
 ※2) 可能であれば、HBs抗原量及びHBコア関連抗原量の測定をしてください。なお、数年後に必須の検査項目として予定しています。