様式第４号－４（その１）

新　規

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 男 ・ 女	生年月日（年齢） 明・大・昭・平 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
陽性結果	該当する記号を〇で囲む。 1. 陽性結果の把握の時期　ア １年以内　イ １年より前　ウ 不明 2. 陽性結果を把握した検診等　カ 自治体の検診　キ 職場の検診　ク 入院・検査時　ケ その他		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無　□ あり　□ なし ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要　□ あり　□ なし		

検査所見		核酸アナログ製剤治療開始前のデータ	直近のデータ （治療開始後３か月以内の者は記載不要）
	１　B型肝炎ウイルスマーカー	（検査日：　年　月　日）（注）１、２参照 該当する方を〇で囲む	（検査日：　年　月　日）（注）１、２参照 該当する方を〇で囲む
	(1) HBs 抗原	（ ＋ ・ － ）	（ ＋ ・ － ）
	HBe 抗原	（ ＋ ・ － ）	（ ＋ ・ － ）
	HBe 抗体	（ ＋ ・ － ）	（ ＋ ・ － ）
	(2) HBV-DNA 定量	＿＿＿＿（単位：　、測定法　）	＿＿＿＿（単位：　、測定法　）
	２　血液検査	（検査日：　年　月　日）（注）１、２参照	（検査日：　年　月　日）（注）１、２参照
	AST	＿＿＿IU/l（施設の基準値：　～　）	＿＿＿IU/l（施設の基準値：　～　）
	ALT	＿＿＿IU/l（施設の基準値：　～　）	＿＿＿IU/l（施設の基準値：　～　）
	血小板数	＿＿＿／μl（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）	（検査日：　年　月　日）（注）１、２参照 （検査方法） （所見）	（検査日：　年　月　日）（注）１、２参照 （検査方法） （所見）

診　断	該当番号を〇で囲む。 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	該当番号を〇で囲む（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（テノゼット錠） ５　テノホビル（ベムリディ錠） ６　その他（具体的に記載　　） 治療予定期間　　５２ 週　　治療開始年月（予定含む）　　年　　月
診断書記載医師	この診断書の記載には、次のいずれかに該当することが必要です。 該当する項目にチェックを入れてください。 □　診断書を記載する医師は日本肝臓学会肝臓専門医である。 □　診断書を記載する医師は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医である。
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　　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最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。

５　本診断書は日本肝臓学会肝臓専門医又は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医が記載することとする。