

肝炎核酸アナログ製剤治療診断書（新規）

ふりがな			性別	生年月日（年齢）	
患者氏名			男・女	年 月 日（満 歳）	
住 所	〒 _____ (電話 _____)				
診断年月	年 月	前 医 (あれば 記載)	医療機関名 医 師 名		
現在の治療	1 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) 2 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	核酸アナログ製剤治療開始前の データ（確認できる範囲で記載 する。）		直近のデータ		
	1. B型肝炎ウイルス スマーカー (1) HBs抗原 (2) HBe抗原 (3) HBe抗体 (4) HBV-DNA 定量	(検査日： 年 月 日) (+・-) DNA陰性の場合に記載 (+・-) DNA陰性の場合に記載 (+・-) DNA陰性の場合に記載 _____(単位：) (測定法：)	(検査日： 年 月 日) (+・-) DNA陰性の場合に記載 (+・-) DNA陰性の場合に記載 (+・-) DNA陰性の場合に記載 _____(単位：) (測定法：)		
	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： ____ ~ ____) ____ / μ 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： ____ ~ ____) ____ / μ l (施設の基準値： ____ ~ ____)		
	3. 画像診断およ び肝生検などの 所見(具体的に記 載すること。)	(検査日： 年 月 日)	(検査日： 年 月 日)		

患者氏名 () の2枚目

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。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル 4. ラミブジン+アデホビル 5. テノホビル 6. その他 (具体的に：) 治療開始日 (予定を含む) 年 月 日
治療上の 問題点	
医療機関 住 所 名 称 (TEL - -) 診療科名 医師氏名 印	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"><p>該当する項目に○をつけてください。</p><p>1 肝臓専門医 2 消化器専門医 3 講習会受講</p></div> 記 載 年 月 日 : 年 月 日

1. この診断書を記載できる医師は、日本肝臓学会の肝臓専門医、日本消化器学会の消化器専門医または滋賀県が認める一定の研修を受けた医師に限ります。
2. 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。
3. 記載日前3ヶ月以内 (ただし、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。
4. 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最も古いデータを記載してください。
5. 記入漏れのある場合、**認定できないことがあります**ので、ご注意ください。