

B型肝炎ウイルス核酸アナログ製剤治療医療費助成に係る診断書（新規）

B型肝炎ウイルス肝炎の核酸アナログ製剤治療のための医療保険診療の患者負担額を助成する制度です。他の疾患（例えば、糖尿病や骨折など）の診療や医療保険外の診療は助成の対象外です。

以下の内容は、東京都指定肝臓専門医療機関の肝臓専門医が記入してください。

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	
患者氏名		男・女	昭和 平成	年 月 日生（満 歳）
住所	郵便番号			
	電話番号 ()			
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名	
			医師名	
発見契機	(該当する□をチェックする) <input type="checkbox"/> 住民検診 <input type="checkbox"/> 職場検診 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 妊娠時(妊婦検診) <input type="checkbox"/> 術前検査(手術・観血的検査) <input type="checkbox"/> 献血・ドナー登録時 <input type="checkbox"/> 有症状受診・肝機能障害を疑う症状や肝疾患の診療中 <input type="checkbox"/> その他の疾患で治療中(外傷含む) <input type="checkbox"/> 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	1 あり 2 なし
検査所見	【核酸アナログ製剤治療開始前データ】(確認できる範囲内で記入する) 1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBe抗原(+ ・ -) HBe抗体(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他() (該当単位を○で囲む) (測定法: _____) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) 血小板数 _____ ×10 ⁴ /μl (施設の基準値 _____ ~ _____) 3 画像診断、肝生検などの所見(特記すべき所見があれば記載する) (検査日:平成 年 月 日)			
	【直近データ】 1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBe抗原(+ ・ -) HBe抗体(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他() (該当単位を○で囲む) (測定法: _____) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____) 血小板数 _____ ×10 ⁴ /μl (施設の基準値 _____ ~ _____) 3 画像診断、肝生検などの所見(特記すべき所見があれば記載する) (検査日:平成 年 月 日)			

診断	(該当する番号を○で囲む) 1 B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎 2 B型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変 3 B型肝炎ウイルスによる非代償性肝硬変
治療内容	(予定している治療法の該当番号を○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(具体的に記載してください)) 治療開始日(予定を含む) 平成 年 月 日
治療上の問題点	
肝臓専門医療機関名および所在地 _____ 医療機関コード _____ _____ _____ 記載年月日 平成 年 月 日 肝臓専門医 氏名 _____ (印)	

【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行う予定、又は核酸アナログ製剤治療実施中の者であり、医師が治療継続が必要と認める場合

(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6か月以内(但し、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。
 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。