

**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	生年月日(年齢)		
			男・女	年	月	日生(満 歳)
住 所	〒		電話番号 ( )			
診断年月	年	月	前医等 (あれば記載する)	医療機関名: 医 師 名:		
現在の治療	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり (今後の継続の必要性) 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の所見 (確認できる範囲内で記載する)			直近のデータ		
	<p>HBV-DNAの陽性確認ができた所見</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原(+・-)・( IU/ml) (2) HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-) (3) HBV-DNA定量 log copy/ml・( ) 測定法 PCR法・( )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) ALT IU/l 血小板数 万/μl AFP ng/ml</p> <p>3. 画像診断、肝生検などの所見 (1) 該当するものに○をする。 ①画像診断(検査日: 年 月 日) 検査方法(該当を○で囲む) ・CT ・エコー ・その他( ) ※所見(必ず記載): _____ ②肝臓硬度測定検査(検査日: 年 月 日) ( kPa) ③肝生検(検査日: 年 月 日) F _____、A _____</p>			<p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原(+・-)・( IU/ml) (2) HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-) (3) HBV-DNA定量 log copy/ml・( ) <input type="checkbox"/>検出せず 測定法 PCR法・( )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) ALT IU/l 血小板数 万/μl AFP ng/ml</p> <p>3. 画像診断、肝生検などの所見 (1) 該当するものに○をする。 ①画像診断(検査日: 年 月 日) 検査方法(該当を○で囲む) ・CT ・エコー ・その他( ) ※所見(必ず記載): _____ ②肝臓硬度測定検査(検査日: 年 月 日) ( kPa) ③肝生検(検査日: 年 月 日) F _____、A _____</p>		
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p>			<p>これまでの肝がんの所見 (有・無) 肝がんの発生時期(該当番号を○で囲む)</p> <p>1. 核酸アナログ製剤内服前 2. 核酸アナログ製剤内服後 3. 最近1年以内の発生</p>		
治療内容 (治療予定)	<p>該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)</p> <p>1. エンテカビル 4. テノホビル ジソプロキシル 2. ラミブジン 5. テノホビル アラフェナミド 3. アデホビル 6. その他 (具体的に記載: )</p> <p>治療開始日(予定を含む): 年 月 日</p>					
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

**必ず、裏面の注意事項を御確認ください。**

## ○ 診断書の記載に係る注意事項

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3箇月以内です。
- 2 記載日前3箇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入してください。
- 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 検査所見の直近データの1（3）について、定量値が検出限界未満の場合は、検出せずにチェックをお願いします。

## ○ 患者様へのお願い

肝炎治療費の助成を受けるためには、県（保健所）へ申請が必要です。  
診断書を受け取ったら、**直ちに**保健所で治療費助成の申請を行って下さい。  
**申請を行った月の治療費から助成の対象となります。**  
御不明な点は、次の問い合わせ窓口に御相談下さい。

### 申請受付場所

申請者の住所地を管轄する保健福祉事務所（甲府市健康支援センターも含む）

### 申請手続きに必要な書類等

- ① 申請書（県感染症対策センターのホームページからでも入手できます。）  
<https://www.pref.yamanashi.jp/kansensho/80408314857.html>
- ② 診断書（治療を開始する医療機関で作成してもらって下さい。）
- ③ マイナンバー（個人番号）の記載のない住民票〔謄本〕（現住所の記載があるもので、申請者の属する世帯全員が記載されているもの）
- ④ 市町村民税証明書：所得課税証明書（申請者及び住民票に記載されている世帯全員分）
- ⑤ 医療保険の加入が確認できる書類等
- ⑥ 高齢者受給者証の写し（お持ちの方のみ）

### <問い合わせ窓口>

中北保健福祉事務所	0551-23-3074 韮崎市本町4丁目2-4北巨摩合同庁舎1階
峡東保健福祉事務所	0553-20-2752 山梨市下井尻126-1東山梨合同庁舎1階
峡南保健福祉事務所	0556-22-8158 南巨摩郡富士川町鯉沢771-2南巨摩合同庁舎2階
富士・東部保健福祉事務所	0555-24-9035 富士吉田市上吉田1丁目2-5富士吉田合同庁舎1階
甲府市健康支援センター	055-237-8952 甲府市相生2丁目17-1南庁舎2階
山梨県福祉保健部 感染症対策センター	055-223-1505
-----	
山梨大学医学部附属病院肝疾患センター	055-273-1111