

B型肝炎ウイルス持続感染者の病態に係る診断書

患者氏名・性別	男・女		生年月日	西暦	年	月	日
---------	-----	--	------	----	---	---	---

1. 以下の病態区分のうち、いずれか1つに○をつけて下さい
※複数該当する場合は、死亡＞肝がん＞肝硬変＞慢性肝炎の優先順位で1つ○をつけて下さい

☐	慢性肝炎	☐	肝硬変	☐	肝がん	☐	死亡
-----------------------	------	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	----

2. 上記病態区分と診断した理由を、検査結果、経過等を示しつつ具体的に記載して下さい
※病理組織学検査にて肝がん、肝硬変と診断され、6に記載している場合は、記載不要です
 ※慢性肝炎は、6ヶ月以上の肝機能検査値の異常が確認され、5に記載している場合には、記載不要です。なお、病理組織学検査結果がある場合であっても、ほかに慢性肝炎と診断できる根拠を記載して下さい。

3. B型肝炎ウイルスの持続感染に起因する病態であると診断した理由を具体的に記載して下さい
※HBV-DNA 量、肝炎ウイルスマーカー等を示しつつ、具体的に記載して下さい

4. 上記病態区分と、最初に診断された日を前医の情報等も踏まえて記載して下さい
※分からない場合は、不明に○をつけて下さい

最初に診断された日	西暦	年	月	日	不明
-----------	----	---	---	---	----

5. 慢性肝炎と診断した場合は、6ヶ月以上の間隔をあけた2時点のALT（GPT）の値を記載して下さい

検査日	年	月	日	年	月	日	(基準値)
ALT（GPT）	IU/l		IU/l		～		IU/l

6. 肝硬変、肝がんを診断した場合は、病理組織学検査結果を記載して下さい

☐	☐ 病理組織診断病名 [] ☐ 診断日 [西暦 年 月 日]
☐	

7. 肝硬変と診断した場合は、90日以上の間隔をあけた2時点のChild-Pugh分類の評価を記載して下さい

	年	月	日	年	月	日
肝性脳症	なし	軽度	昏睡	なし	軽度	昏睡
腹水	なし	軽度	中程度以上	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値 [g/dl]	3.5 超	2.8～3.5	2.8 未満	3.5 超	2.8～3.5	2.8 未満
プロトロンビン時間 [%]	70 超	40～70	40 未満	70 超	40～70	40 未満
血清総ビリルビン値 [mg/dl]	2.0 未満	2.0～3.0	3.0 超	2.0 未満	2.0～3.0	3.0 超

8. 肝硬変と診断した場合は、肝臓移植の実施の有無について記載して下さい

☐	☐ 医療機関名 [] 医師名 [] ☐ 手術日 [西暦 年 月 日]
☐	

9. 死亡と診断した場合は、死亡診断書に記載されている内容について記載して下さい

直接死因	死亡したとき	西暦	年	月	日
------	--------	----	---	---	---

上記のとおり診断します。西暦 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院 肝疾患専門医療機関 がん診療連携拠点病院

医療機関名

住所（〒 — ） 診療科名 _____

電話番号（ — — ） 医師名 _____ 印

（署名又は押印）

特記事項

- 該当する ☐ は、実線で囲んで下さい。
- 診断書は、肝疾患診療連携拠点病院、肝疾患専門医療機関にて作成すること。
- 肝がん、死亡の診断書は、がん診療連携拠点病院でも作成可とする。