様式第一号（第十条第二項関係）

追加給付金に係る診断書

患者氏名・性別	（男・女）	生年月日	年　月　日

１．Ｂ型肝炎ウイルスの持続感染と因果関係のある病態区分に、１つ○をつけて下さい

※複数該当する場合は、いずれか１つに○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	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、肝がんと診断した場合は、病理組織検査結果を記載して下さい

（有）	→ 病理組織診断病名	〔　〕
（無）	→ 診断日	〔　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、肝臓の移植手術の実施の有無について記載して下さい

（有）	→ 医療機関名〔　〕	医師名〔　〕
（無）	→ 手術日	〔　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		死亡した日	年　月　日

上記のとおり診断します。　　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）（その他の医療機関）

医療機関名

住所（〒　―　）

診療科名＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号（　―　―　）

特記事項

・該当する（　）は、実線で囲んで下さい。

・「１．」欄の病態区分のうち「死亡」に○をつけた場合でも、直接死因がＢ型肝炎ウイルスの持続感染と因果関係がないものは「死亡」の病態区分の追加給付金は支給されませんので、ご留意ください。（Ｂ型肝炎ウイルスの持続感染と因果関係のある直接死因の例：肝不全、肝がん、肝硬変、食道（胃）静脈瘤破裂など）

様式第一号を次のように改める。