

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

更新

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所		(電話番号)	
診断年月		年 月	前医(あれば記載する) 医療機関名 医師名
検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBe抗体	前回申請時のデータ (検査日: 年 月 日) 記載不要です。 (+・-)	直近の認定・更新時以降のデータ (+・-)(検査日: 年 月 日) (+・-)(検査日: 年 月 日) (+・-)(検査日: 年 月 日)
	(2) HBV-DNA定量	_____(単位: _____、測定法 _____)	(検査日: 年 月 日) _____(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: _____~_____) ____ 万/μL(施設の基準値: _____万~____万)	(検査日: 年 月 日) ____ IU/L(施設の基準値: _____~_____) ____ IU/L(施設の基準値: _____~_____) ____ 万/μL(施設の基準値: _____万~____万)
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載する)	(検査日: 年 月 日)	(検査日: 年 月 日)
	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。(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(テノゼット錠・ベムリディ錠) 5. その他(具体的に記載してください。)		
治療薬剤の変更	該当番号を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし 1. ありに○の場合 変更前薬剤名() 変更日(年 月 日) 薬剤変更の理由:		
治療上の問題点			
上記のとおり、B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤治療の継続が必要であると認めます。			
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日	
医師氏名		印	

(注)

- 直近の認定・更新時以降のデータは、記載日前1年以内の検査日のデータに基づいて記載してください。なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載してください。
- 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。