

肝炎治療受給者証の交付申請（核酸アナログ製剤治療の更新）に係る診断書

ふりがな 患者氏名		性別	生年月日（年齢）	
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日生（満 歳）	
住 所	郵便番号		電話番号（ ）	
診断年月	年 月	前 医	医療機関名	
		(あれば記載する。)	医師名	
検査 所 見	1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (2) HBe 抗原 HBe 抗体 (3) HBV-DNA 定量	前回申請時データ (検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照 該当する方を○で囲む ( + ・ - ) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____ (単位： , 測定法 )		直近の認定・更新時以降のデータ (検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照 該当する方を○で囲む ( + ・ - ) ( + ・ - ) ( + ・ - ) _____ (単位： , 測定法 )
		2 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照 ____ IU/l (施設の基準値： ~ ) ____ IU/l (施設の基準値： ~ ) ____ /μl (施設の基準値： ~ )	(検査日： 年 月 日) (注) 1、2参照 ____ IU/l (施設の基準値： ~ ) ____ IU/l (施設の基準値： ~ ) ____ /μl (施設の基準値： ~ )
	3 画像診断及び 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： 年 月 日) (注) 1、2参照 (検査方法) (所見)		
診 断	該当番号を○で囲む。		治	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)
	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)	療 内 容	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) 5 テノホビル (ペムリディ錠) 6 その他 (具体的に記載： )	
治療薬剤の変更 (該当する方を○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)			
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。 記載年月日： 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印				

(注)

- 1 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内の最も古いデータを記載してください。
- 2 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査日データに基づいて記載してください。  
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。  
(なお、HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体は更新においては必須項目としていないが、定期的に測定することが望ましい。)
- 3 記入漏れのある場合は認定できないことがあるのでご注意ください。