様式第４号－４（その２）

**核酸アナログ製剤治療【更新】**

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  （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 2. HBe抗原   HBe抗体   1. HBV-DNA定量   ２　血液検査  AST  ALT  血小板数 | | 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　　　）  （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：　　　～　　　） | | | | | | | | 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　　　）  （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。  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）  ５　テノホビル（ベムリディ錠）  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 | | | | | | | | | | | |

（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。