

(様式第2 - 5)

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)	
診断年月	年 月	前医(あれば記載する)	医療機関名 医師氏名	
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 (2)HBV-DNA定量 (3)測定可能な場合に記入 2. 血液検査 AST ALT 血小板数 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)	前回申請時データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を で囲む。)	直近の認定・更新時以降のデータ (検査日: 年 月 日) (該当する方を で囲む。)	
		(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) _____ (単位: 、測定法)	(+ ・ -) (+ ・ -) (+ ・ -) _____ (単位: 、測定法)	
		HBs抗原量 _____ IU/ml HBVコア関連抗原量 _____ logU/ml (検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)	HBs抗原量 _____ IU/ml HBVコア関連抗原量 _____ logU/ml (検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)	
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	該当する方を で囲む 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 ・上記において、「あり」の場合 変更前薬剤名() 変更日(年 月 日)			
治療上の問題				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日			
	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もっとも古いデータを記載してください。
2. 直近の認定・更新時の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。
3. 記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので、ご注意ください。