

(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。