

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の更新申請に係る診断書(更新)

受給者番号	*記載不要		性別	生年月日(年齢)	
フリガナ 患者氏名			男・女	年 月 日生	(満 歳)
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 (2) HBV-DNA定量	前回申請時データ		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。) (+-) " (+-) " (検査日: 年 月 日) _____(単位: _____、測定法 _____)		(検査日: 年 月 日) (+-) *(該当する方を○で囲む。) (+-) " (+-) " (検査日: 年 月 日) _____(単位: _____、測定法 _____)	
検査所見	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: _____ ~ _____) _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____)		(検査日: 年 月 日) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____)	
		(検査日: 年 月 日) 画像診断・肝生検 (該当する検査法を○で囲む) 画像診断方法: 所 見:		(検査日: 年 月 日) 画像診断・肝生検 (該当する検査法を○で囲む) 画像診断方法: 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 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。 所在地 記載年月日 年 月 日 電話番号 () 医療機関名 医師氏名					

(注) 1. 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。
 2. 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。
 3. 更新手続きは、現在の公費負担承認期間満了の3か月前から可能です。
 4. ベムリディ(テノホビル アラフェナミド)等、治療内容の選択肢に薬剤名の記載がない場合はその他の欄に記載して下さい。