

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 患者氏名		性別 男・女	生年月日 (年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
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 2. 血液検査 3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	直近の認定・更新時以降のデータ (検査日: 年 月 日) (+・-) (検査日: 年 月 日) (+・-) (検査日: 年 月 日) (+・-) (検査日: 年 月 日) (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) AST IU/L ALT IU/L 血小板数 /μL (検査日: 年 月 日)	
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:)		
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. 有 2. 無 1. 有に○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。 医療機関名及び所在地 医師氏名			
記載年月日 年 月 日 印			

(注) 1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して6か月以内です。
 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るので、ご注意ください。