

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (核酸アナログ製剤治療・更新用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()		
治療開始年月 (不明の場合は 現医療機関の 治療開始時期)	____年____月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	更新前 までの 治療歴	医療機関名_____ 治療内容(エンテカビル・ラミブジン・アデホビル ・テノホビル・その他)(併用の場合は、複数選択し、 該当を○で囲む。)
検査所見	直近の承認時以降のデータ		
	1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs 抗原 (2) HBe 抗原 (3) HBe 抗体 (4) HBV-DNA 定量	(検査日: 年 月 日) (+・-) } (該当を○で囲む。) (+・-) } (+・-) } ____ (単位:) (測定法:)	
	2 血液検査 (検査結果との対比上必要なので、 施設での基準値も必ず記載する。)	(検査日: 年 月 日) (施設の基準値) A S T _____ IU/l (_____ ~ _____) A L T _____ IU/l (_____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (_____ ~ _____)	
3 特記事項(※)			
診断	該当番号を1つ○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。)		
更新後の 治療内容	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)(保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 エンテカビル 2 ラミブジン 3 アデホビル 4a テノホビル(テノゼット) 4b テノホビル(ベムリディ) 5 その他() (具体的に記載する。) 更新後の治療期間 (年 月 から1年間)		
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) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号		

(注)

- 直近の承認時以降のデータは、記載日前1年以内の最も新しいデータを記載してください。
- ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。
- 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。