

(様式第2号-4)

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	(〒 -) 電話番号 () -				
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	更新時直近の所見を記入する。 1 B型肝炎ウイルスマーカー (1)HBs 抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む。) (検査日: 年 月 日) (2)HBe 抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む。) (検査日: 年 月 日) (3)HBe 抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む。) (検査日: 年 月 日) (4)HBV-DNA 定量 _____ (単位: 、測定法) (検査日: 年 月 日) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 画像診断および肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (検査方法:) (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。					
医療機関名および所在地			記載年月日 年 月 日		
			TEL - -		
医師氏名					

(注)

- 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。
- 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。