様式第２－４

# 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**

**※　新規申請に係る診断書は、様式第2-3を使用してください。**

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 性　別 | 生年月日（年齢） |
| 患者氏名 | | 男　・　女 | 大正・昭和<br>平成・令和　　年　　月　　日　生（満　　歳） |
| 住　所　等 | 郵便番号　　－<br>住　　所<br>電話番号 | | |
| 診断年月 | 年　　月 | 前　医<br>（あれば記載） | 医療機関名<br>医 師 氏 名 |

| | | 【前回申請時データ】 | 【更新時直近データ】 |
|---|---|---|---|
| 検査所見 | 1　B型肝炎ウイルス<br>マーカー | （検査日:　　年　　月　　日） | （検査日:　　年　　月　　日） |
| | （1）HBs抗原 | （ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む。） | （ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む。） |
| | （2）HBe抗原 | （ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む。） | （ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む。） |
| | （3）HBe抗体 | （ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む。） | （ ＋ ・ － ）　（該当する方を○で囲む。） |
| | （4）HBV－DNA定量 | ＿＿＿＿　（単位:　　）<br>（測定法:　　） | （単位:　　）<br>（測定法:　　） |
| | 2　血液検査 | （検査日:　　年　　月　　日） | （検査日:　　年　　月　　日） |
| | AST | ＿＿＿＿IU／L（施設の基準値:　　～　　） | ＿＿＿＿IU／L（施設の基準値:　　～　　） |
| | ALT | ＿＿＿＿IU／L（施設の基準値:　　～　　） | ＿＿＿＿IU／L（施設の基準値:　　～　　） |
| | 血小板数 | ＿＿＿＿×$10^4$／μL<br>（施設の基準値:　　～　　） | ＿＿＿＿×$10^4$／μL<br>（施設の基準値:　　～　　） |
| | 3　画像診断及び<br>肝生検などの所見<br>（具体的に記載）<br>※その他の場合は診断法を記載 | （検査日:　　年　　月　　日）<br>（ 腹部ｴｺｰ ・ CT ・ MRI ・ その他）<br>所見: | （検査日:　　年　　月　　日）<br>（ 腹部ｴｺｰ ・ CT ・ MRI ・ その他）<br>所見: |
| 診　断 | 該当番号を○で囲む。<br>1　慢性肝炎　（B型肝炎ウイルスによる）<br>2　代償性肝硬変　（B型肝炎ウイルスによる）<br>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。<br>1　エンテカビル単独　　4　ラミブジン＋アデホビル<br>2　ラミブジン単独　　5　テノホビル単独（　テノゼット　・　ベムリディ　）<br>3　アデホビル単独　　6　その他（具体的に記載する。　　） | | |
| 治療薬剤<br>の 変 更 | 該当する方を○で囲む。<br>前回申請時からの治療薬剤変更<br>1　あり　　2　なし<br>→ 変更ありの場合:変更前の薬剤名（　　）　変更日　　年　　月　　日 | | |
| 治療上の<br>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　　記載年月日　　年　　月　　日

医師氏名

（注）
1　診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2　更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
3　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。
4　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。