



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)

ふりがな			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			男・女	年 月 日生 (満 歳)		
住所	郵便番号					
	電話番号 ()					
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	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 (該当する方を○で囲む) ↓ 検査日 (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) (年 月 日) (単位: 、測定法)		更新時直近データ (該当する方を○で囲む) ↓ 検査日 (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) (+・-) (年 月 日) (年 月 日) (単位: 、測定法)	
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数		(検査日: 年 月 日) IU/I (施設の基準値: ~) IU/I (施設の基準値: ~) /μl (施設の基準値: ~)		(検査日: 年 月 日) IU/I (施設の基準値: ~) IU/I (施設の基準値: ~) /μl (施設の基準値: ~)	
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)					
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。 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	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						
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日					
医師氏名						

(注) 1. 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。
 2. 更新時直近データは、直近の認定・更新時以降に行われた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、より直近のデータを記載してください。
 3. 記入漏れのある場合は認定できない場合があるので、ご注意ください。