

肝炎治療受給者証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 月 日 (満 歳) |
| 住所等 | 郵便番号 住 所 電話番号 () | | |
| 診断年月日 | 年 月 日 | 前 医 (あれば記載する) | (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 前回申請時のデータ (検査日: 年 月 日) 直近の認定・更新時以降のデータ (検査日: 年 月 日) (1)HBs抗原 (+ ・ - ・ 未実施) (+ ・ - ・ 未実施) (2)Hbe抗原 (+ ・ - ・ 未実施) (+ ・ - ・ 未実施) Hbe抗体 (+ ・ - ・ 未実施) (+ ・ - ・ 未実施) (3)HBV-DNA定量 (単位: , 測定法:) (単位: , 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 /μl(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検査状況及び内容 状況: 実施 ・ 未実施 状況: 実施 ・ 未実施 (検査日: 年 月 日) (検査日: 年 月 日) 内容 [] 内容 [] | | |
| 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. 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 | 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と認めます。 記載年月日 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師氏名 印 | | |

(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が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. 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、ご注意下さい。