

(様式第2-4号)

①申請用

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書

患者氏名		性別	生年月日(年齢)			
		男・女	大平昭令	年	月	日生(満歳)
住所	郵便番号					
	電話番号 ()					
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名			
核酸アナログ製剤治療開始年月	年 月		医師名			
検査所見	前回申請時データ			直近の認定・更新時以降のデータ		
	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBe抗原 HBe抗体 (2) HBV-DNA定量	(検査日: 年 月 日) (+/-)・未検査 (+/-)・未検査 _____ (単位: 、測定法)	(検査日: 年 月 日) (+/-)・未検査 (+/-)・未検査 _____ (単位: 、測定法)			
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 年 月 日) _____ U/l (施設の基準値: ~) _____ U/l (施設の基準値: ~) _____ × 10 ³ /μl (施設の基準値: ~)	(検査日: 年 月 日) _____ U/l (施設の基準値: ~) _____ U/l (施設の基準値: ~) _____ × 10 ³ /μl (施設の基準値: ~)			
3. 画像診断及び肝生検の所見 (具体的に記載)	(検査日: 年 月 日) 画像診断(腹部超音波・CT・MRI)・肝生検 所見(超音波記載例: 辺縁鈍・肝内粗・表面不整) 【 】	(検査日: 年 月 日) 画像診断(腹部超音波・CT・MRI)・肝生検 所見(超音波記載例: 辺縁鈍・肝内粗・表面不整) 【 】				
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. テノホビルアラフェナミドフマル 6. その他(具体的に記載:)					
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	(※連携する医療機関がある場合は、医療機関名をご記入ください。)					
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る。 記載年月日 年 月 日						
医療機関名及び所在地						
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、ご注意ください。