様式第２－８号（第３関係）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新申請に係る診断書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  患者氏名 | |  | | 性別 | 生年月日（年齢） |
|  | | 男・女 | 年　　　月　　　日生（満　　　歳） |
| 患者住所 | | 〒　　　　－  電話番号（　　　　） | | | |
| 診断年月 | | 年　　月 | 依頼医  （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   1. HBs抗原   HBe抗原  HBe抗体   1. HBV-DNA定量   2 血液検査  AST  ALT  血小板数  3 画像診断および肝生検などの所見  （具体的に記載） | | | 現在（更新前）の受給者証における有効期間内のデータ  （該当する方を○で囲む。）  （検査日：　　　　年　 　月　　 日）  （+ ・－）  （+ ・－）  （+ ・－）  　　　　　　 Log IU/ｍL  （ TaqMan・AccuGene ）  （検査日：　　　　年　　　月　　　日）  　　　　　　 IU／L  　　　　　　 IU／L  　　　　　　 ×10４／mm3  （検査日：　　　　年　　　月　　　日）  所見： | |
| 診　　断 | （該当する番号を○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 | （該当する番号を○で囲む。併用の場合は複数選択。）  4テノホビル（テノゼット®錠）  5テノホビル（ベムリディ®錠）  6その他  　（　　　　　　　　　　　　　）  1エンテカビル（バラクルード®錠、エンテカビル錠）  2ラミブジン（ゼフィックス®錠）  3アデホビル（ヘプセラ®錠） | | | | |
| 治療薬剤  の変更 | （該当する番号を○で囲む。）  前回申請時からの治療薬剤の変更　　　1　有り　　　2　無し  1　有りに○の場合  変更前薬剤名（　　　　　　　　　　　　）　変更日（　　　　　年　　　月　　　日） | | | | |
| 治療上の  問題点等 |  | | | | |
| 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  　　　専門医　氏名 | | | | | |

※１　現在（更新前）の受給者証の２つ前の受給者証における有効期間の始期以降のデータを記載すること。

なお、複数存在する場合は、より直近のデータを記載すること。

　２　肝疾患診療支援ネットワーク体制以外の専門医療機関の肝臓専門医の診断書にあっては、当該医療機関で治療する患者についてのみ作成すること。

　３　記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、注意すること。