

(様式2-8)

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)

フリガナ		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  2. 血液検査 AST ALT 血小板数  3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)	前回申請時データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)  (+・-) (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)  IU/l (施設の基準値: ~ ~ ) IU/l (施設の基準値: ~ ~ ) /μl (施設の基準値: ~ ~ ) (検査日: 年 月 日)	直近の認定・更新時以降データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)  (+・-) (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日)  IU/l (施設の基準値: ~ ~ ) IU/l (施設の基準値: ~ ~ ) /μl (施設の基準値: ~ ~ ) (検査日: 年 月 日)	
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 ジソプロキシル フマル酸塩 (TDF) 5. テノホビル アラフェナミド フマル酸塩 (TAF) 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				
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。  記載年月日 年 月 日  医療機関名及び所在地  医師氏名	この診断書の記載には、次のいずれかに該当する必要があります。 該当する口欄にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 一般社団法人日本肝臓学会認定肝臓専門医である。 【専門医番号】 <input type="checkbox"/> 香川県が指定する研修の修了者である。 【修了証番号】 <input type="checkbox"/> 上記以外で県外の医療機関に在籍する医師であり、当該医療機関所在地の都道府県における診断書記載の要件を具備している者である。			

(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。