

(様式第2-4号)

肝炎治療受給者証(肝炎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 (あれば記載する。)	医療機関名 医師名	
検査所見	(注) 2. に 基づき記入し てください。	前回申請時データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)		更新時直近データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。)
		(+ . -) (+ . -) (+ . -) ____ (単位: _____、測定法_____)		(+ . -) (+ . -) (+ . -) ____ (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: _____ ~ _____) ____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____)		(検査日: 年 月 日) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____)
		(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)
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. テノホビル(該当する方の口欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジソプロキシルフマル酸塩 <input type="checkbox"/> アラフェナミドフマル酸塩 2. エンテカビル単独 3. ラミブジン単独 4. アデホビル単独 5. ラミブジン+アデホビル 6. その他(具体的に記載してください。)			
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。				
医療機関名及び所在地				
医師氏名				
記載年月日 年 月 日				
印				

(注)

- 更新時直近データは、前回更新時(初回更新の場合は新規申請時)以降の資料に基づいて記載してください。
- 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。
- 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。