

## 様式 2-4

## 千葉県肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤）認定に係る診断書（更新）

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	
住 所	〒 _____ 電話番号 ( _____ )			
診断年月	昭和・平成 年 月	前 医 (有の時記載)	医療機関名	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) HBs 抗原 HBe 抗原 HBe 抗体 (2) HBV-DNA 定量	(検査日:平成__年__月__日)  (+・-) (+・-) (+・-) _____(単位:LGE/mL・Log copy/mL・LogIU/mL, 測定法:TMA・モニター・TaqMan)	(検査日:平成__年__月__日)  (+・-) (+・-) (+・-) _____(単位:LGE/mL・Log copy/mL・LogIU/mL, 測定法:TMA・モニター・TaqMan)	
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日:平成__年__月__日) ____IU/1(施設の基準値:____~____) ____IU/1(施設の基準値:____~____) ____/μl(施設の基準値:____~____)	(検査日:平成__年__月__日) ____IU/1(施設の基準値:____~____) ____IU/1(施設の基準値:____~____) ____/μl(施設の基準値:____~____)	
3. 画像診断及び 肝生検などの所 見 (具体的に記載)	(検査日:平成__年__月__日) (所見)	(検査日:平成__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) 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 (平成__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 平成 年 月 日				
医療機関名 所在地 医師氏名			㊞	

- (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、ご注意下さい。