（別紙様式第２号の５）

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）

<table>
<tr><td>（フリガナ）</td><td></td><td>性　別</td><td colspan="2">生年月日（年齢）</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td></td><td>男　・　女</td><td colspan="2">年　　月　　日（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4">〒

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。</td></tr>
<tr><td>診断年月</td><td>年　　月</td><td>前　　医
（あれば記載する）</td><td colspan="2">医療機関名

医師名</td></tr>
<tr><td rowspan="7">検査所見</td><td colspan="4">核酸アナログ製剤治療開始前の所見を記入する</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">前回申請時データ</td><td>直近の認定・更新時以降のデータ</td></tr>
<tr><td>１．Ｂ型肝炎ウイルスマーカー
(１)HBe抗原
　HBe抗体</td><td colspan="2">（検査日：　　年　　月　　日）

（　＋　・　－　）
（　＋　・　－　）</td><td>（検査日：　　年　　月　　日）

（　＋　・　－　）
（　＋　・　－　）</td></tr>
<tr><td>(２)HBV-DNA定量</td><td colspan="2">＿＿＿（単位：　　、測定法　　）</td><td>＿＿＿（単位：　　、測定法　　）</td></tr>
<tr><td>(３)HBs抗原量
　HBc関連抗原量</td><td colspan="2">＿＿＿（単位：　　、測定法　　）
＿＿＿（単位：　　、測定法　　）</td><td>＿＿＿（単位：　　、測定法　　）
＿＿＿（単位：　　、測定法　　）</td></tr>
<tr><td>２．血液検査

AST
ALT
血小板数</td><td colspan="2">（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：＿＿＿～＿＿＿）</td><td>（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：＿＿＿～＿＿＿）</td></tr>
<tr><td>３．画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）</td><td colspan="2">（検査日：　　年　　月　　日）</td><td>（検査日：　　年　　月　　日）</td></tr>
<tr><td>診　断</td><td colspan="4">該当番号を○で囲む。
１．Ｂ型慢性活動性肝炎
２．Ｂ型代償性肝硬変
３．Ｂ型非代償性肝硬変</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="4">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（該当する方の□欄にチェックを入れる）
□　ジソプロキシルフマル酸塩　　□　アラフェナミドフマル酸塩
５．その他（具体的に記載：　　）</td></tr>
<tr><td>治療製剤の変更</td><td colspan="4">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）</td></tr>
<tr><td>治療上の問題点</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">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</td></tr>
</table>

（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りますので、ご注意ください。