（別紙様式例２－８）

第１５回　肝炎対策推進協議会	
平成２７年９月２９日	参考資料６

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	明昭 大平　　年　　月　　日 生　（満　　歳）
住所	郵便番号 電話番号　　（　　）		
診断年月	昭和・平成 年　月	前医 （あれば記載する。）	医療機関名 医師名

検査所見		前回申請時データ	更新時直近データ
	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） （該当する方を〇で囲む。） （＋・－） （＋・－） （＋・－） ＿＿＿（単位：　、測定法　）	（検査日：平成　年　月　日） （該当する方を〇で囲む。） （＋・－） （＋・－） （＋・－） ＿＿＿（単位：　、測定法　）
	2．血液検査 AST ALT 血小板数	（検査日：平成　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：平成　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：＿＿＿～＿＿＿）
	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）	（検査日：平成　年　月　日）

診断	該当番号を〇で囲む。 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	該当番号を〇で囲む。（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	該当する方を〇で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更　1．あり　2．なし 1．ありに〇の場合 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

医療機関名及び所在地

医師氏名　　印

（注）
1．記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2．更新時直近データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
3．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。
4．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。