

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の診断書

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	〒 電話番号 ()		
検査所見	必須の検査結果		直近の認定・更新時以降のデータ (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ ×万/μl HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) ※単位及び測定法を必ず記載してください。
			(検査日: 年 月 日) HBs抗原 (+ ・ -) HBe抗原 (+ ・ -) HBe抗体 (+ ・ -)
	任意の検査項目 (検査されている場合は記入してください。)	画像診断の所見	(検査日: 年 月 日) (1) 画像診断の種類 ① 超音波 ② CT ③ MRI ④ その他() (2) 所見(特記すべき所見を記載する。)
		肝生検査の所見	(検査日: 年 月 日) (所見:)
診断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. B型代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. B型非代償性肝硬変 (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(テノゼット錠・ベムリディ錠) 5. その他 (具体的に記載してください。)		
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 印			

(注) 1. 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、データが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。
 2. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。