（様式第５号の３） 　　　　　　　　　　　　　 【インターフェロン治療以外の治療を行う患者さん用】

R4.11改正

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ウイルス肝炎医療費受給者証　更新（変更）申請用　診断書 | | | | | | |
| ふりがな  氏　　名 |  | | | 性　別 | | 男　　・　　女 |
|  | | | 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日生 |
| 住　　所 | （〒　　　－　　　　　）　　　　　　　　　　（電話　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | |
| 診　　断  （該当に○） | （ Ｂ ・ Ｃ ）型　　　　　　ヘパトームの有無（ あり ・ なし ）  １ 慢性肝炎　　２ 代償性肝硬変　　３ 非代償性肝硬変 | | | | | |
| ○核酸アナログ製剤による治療の場合　（１～３、５を記入してください） | | | | | | |
| １ 検査所見 | 1. Ｂ型肝炎ウイルスマーカー 2. HBe抗原   HBe抗体   1. HBV-DNA定量 2. HBs抗原定量 3. B型肝炎ウイルスコア関連抗原   　　(HBcrAg)   1. 血液検査   　　　　ＡＳＴ  　　　　ＡＬＴ  　　　　血小板数  ３．画像診断、肝生検などの所見 | | | | 今回更新の直近データ  （検査日：　　　　年　　月　　日）  （　＋　・　－　）  （　＋　・　－　）  　　　　　　　　log copy/mL（ﾘｱﾙﾀｲﾑPCR法）  　　　　　　　　　　IU/mL（CLEIA法）  　　　　　　　　　　log U/mL（CLEIA法）  注：HBV DNAとHBcrAgは保険診療上、同じ月に検査できません。  （検査日：　　　　年　　月　　日）  　 　　　 U／l  　 　　　 U／l  　 　　　 万 ／μl  （検査日：　　　　年　　月　　日）  （所見：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ２ 治療内容  （予定も含む） | 核酸アナログ製剤治療の継続または開始の必要性　（ １ あり ・ ２ なし ）　※いずれかに○  １ エンテカビル　　　２ ラミブジン　　　３ テノホビル  ４ その他（具体的に：　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　）　　※併用の場合は複数選択 | | | | | |
| ３ 治療予定期間  ※「治療予定期間」は必ず記載してください。 | 現在治療中のものや今後の予定も含めて記載してください。（終期が未定の場合は「継続」に○を付す。）  ・現在治療中⇒製剤名（上記番号でも可：　　　　　　）　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日・継続  ・今後の予定⇒製剤名（上記番号でも可：　　　　　　）　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日・継続  ・　　　　　⇒製剤名（上記番号でも可：　　　　　　）　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日・継続 | | | | | |
| ○　その他の治療の場合　（４、５を記入してください） | | | | | | |
| ４ その他の治療  ※「治療予定期間」は必ず記載してください。 | （核酸アナログ、インターフェロン治療以外の治療について、記載してください）  治療内容（具体的に記載　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  治療予定期間　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| ○　共通項目 | | | | | | |
| ５ 特記事項 | （特記することがあれば記載してください） | | | | | |
| 申請者に係る医療の状況は、上記のとおりです。　　　　　　　　　　　　　記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日  　医療機関　所在地    　　　　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |
| 審査　　　年　　　月　　　日 | | | | 審査意見 | | |
|  | |  |  |
| 適・保・否  注）インターフェロンフリー治療へ治療方法を変更する場合は、様式第２号の２又は様式第２号の５を使用してください。 | | 適・保・否 | 適・保・否 |