

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	へパトームの有無 (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 (1) HBe 抗原 HBe 抗体 (2) HBV-DNA 定量 (3) HBs 抗原定量 (4) B型肝炎ウイルスコア関連抗原 (HBcrAg)	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。
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 年 月 日) _____ U/l _____ U/l _____ 万 / μ l
	3. 画像診断、肝生検などの所見	(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	適・保・否	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。