様式第３号の２（第11条）（裏面）

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 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日 生　（満　歳）	
住所	郵便番号 電話番号　（　）			
診断年月	年　月	前医 （あれば記載する）	医療機関名 医師名	
検査所見 ※1（1）、（3）、2、3は必須	1．B型肝炎ウイルスマーカー		前回申請時データ （検査日：　年　月　日）	更新時直近データ （検査日：　年　月　日）
	（1）HBs抗原		（＋・－）	（＋・－）
	（2）HBe抗原		（＋・－）	（＋・－）
	HBe抗体		（＋・－）	（＋・－）
	（3）HBV-DNA定量		＿＿＿＿（単位：　、測定法　）	＿＿＿＿（単位：　、測定法　）
	2．血液検査		（検査日：　年　月　日）	（検査日：　年　月　日）
	AST		＿＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿）	＿＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿）
	ALT		＿＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿）	＿＿＿＿IU／l（施設の基準値：＿＿～＿＿）
	血小板数		＿＿＿＿10^4／μl（施設の基準値：＿＿～＿＿）	＿＿＿＿10^4／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：　年　月　日） （診断方法） （所見）	（検査日：　年　月　日） （診断方法） （所見）
診断	該当番号を○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○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(具体的に記載してください。：　）			
治療薬剤の変更	該当する番号を○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）			
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　（署名又は記名押印）

該当する□欄にチェックを入れて下さい。①又は②のいずれかにチェックがない場合は、助成対象となりません。

□ ①日本肝臓学会肝臓専門医

□ ②茨城県肝炎医療研修会受講修了者　【受講番号：　号】

（注）1．該当番号を○で囲み、必要事項をご記入ください。
2．本書類の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
3．更新時直近データは記載日前6か月以内の資料に基づいて記載してください。
ただし、画像診断および肝生検などの所見については、直近データであれば期間を問いません。
4．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最も古いデータを記載してください。
5．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。
6．本診断書は、①日本肝臓学会肝臓専門医、又は②茨城県肝炎医療研修会受講修了者のいずれかのみが記載するものとします。
（※茨城県肝炎医療研修会とは、茨城県が肝疾患診療連携拠点病院に委託して実施する肝炎医療研修会をいいます。）
7．この診断書に代えて、別紙報告書に添付資料を添えて提出することも可能です。