（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 |