

様式 2-4

千葉県肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤）認定に係る診断書（更新）

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男・女	明 昭 令 大 平		
住 所	〒 ー 電話番号 ()				
診断年月	年 月	前 医 (有の時記載)	医療機関名	医 師 名	
検査所見	前回申請時データ		直近の認定・更新時以降のデータ		
	1. B型肝炎ウイルス マーカー (1)HBs 抗原 HBe 抗原 HBe 抗体 (2) HBV-DNA 定量	(検査日: 年 月 日) (+・-) (+・-) (+・-) (検査日: 年 月 日) (単位:) (測定法:)	(検査日: 年 月 日) (+・-) (+・-) (+・-) (検査日: 年 月 日) (単位:) (測定法:)		
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 年 月 日) IU/1(施設の基準値: ~ ~) IU/1(施設の基準値: ~ ~) /μl(施設の基準値: ~ ~)	(検査日: 年 月 日) IU/1(施設の基準値: ~ ~) IU/1(施設の基準値: ~ ~) /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) (所見)	(検査日: 年 月 日) (所見)			
診 断	該当する番号を○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	該当する番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル (ETV) 2. ラミブジン (LAM) 3. アデホビル ピボキシル (ADF) 4. テノホビル ジソプロキシル (TDF) 5. テノホビル アラフェナミド (TAF) 6. その他(具体的に記載:)				
治療薬剤 の変更	該当番号を○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					
医療機関名 所在地 医師氏名	記載年月日 令和 年 月 日				

- (注) 1. 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もっとも古いデータを記載してください。
2. 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、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。
3. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意下さい。