

2ページ目下部の注意事項をご確認の上、  
ご記入ください。

様式第2号の8

## 肝炎核酸アナログ製剤治療診断書（更新）

ふりがな			性別	生年月日（年齢）	
患者氏名			男・女	年 月 日（満 歳）	
住 所	〒 _____ (電話 _____)				
診断年月	年 月	前 医 (あれば 記載)	医療機関名  医 師 名		
現在の治療	1 現在の核酸アナログ製剤治療の有無 (1 あり 2 なし)				
	2 核酸アナログ製剤治療の継続の必要 (1 あり 2 なし)				
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 スマーカー (1)	(検査日： 年 月 日)	(検査日： 年 月 日)		(検査日： 年 月 日)
	HB e 抗原 (2)	( + ・ - )	( + ・ - )		( + ・ - )
	HB e 抗体 (3)	( + ・ - )	( + ・ - )		( + ・ - )
HBV-DNA 定量	_____ (単位： )	_____ (単位： )		_____ (単位： )	
		(測定法： )	(測定法： )		(測定法： )
2. 血液検査	(検査日： 年 月 日)	(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： _____ ~ _____)		_____ 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： _____ ~ _____)		_____ IU/l (施設の基準値： _____ ~ _____)	
血小板数	_____ / $\mu$ l (施設の基準値： _____ ~ _____)	_____ / $\mu$ l (施設の基準値： _____ ~ _____)		_____ / $\mu$ l (施設の基準値： _____ ~ _____)	
3. 画像診断および 肝生検などの 所見(特記すべき 所見あれば記載 する。)	(検査日： 年 月 日)	(検査日： 年 月 日)		(検査日： 年 月 日)	

(裏面へ続く)

患者氏名 ( ) の2枚目

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。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデホビル単独 4. ラミブジン+アデホビル 5. テノホビル 6. その他 (具体的に： )		
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
治療上の問題点	変更が「あり」の場合 ・変更前薬剤名 ( ) ・変更日 ( 年 月 日 )		
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。			
医療機関	住所		
	名称	(TEL - - )	
	診療科名		
	医師氏名	印	
	記載年月日	: 年 月 日	

(注意事項)

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、認定できないことがありますので、ご注意ください。