

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る診断書の簡素化について

平成28年4月1日より、核酸アナログ製剤治療の更新申請にかかる添付書類について、診断書以外の添付でも可となりました。なお、これらの添付書類については、前回の認定・更新時以降に作成されたものをご提出ください。

診断書の場合 (様式第2号の8)

様式第2号の8
肝炎核酸アナログ製剤治療診断書(更新)

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。

ふりがな 患者氏名	性別 男・女	生年月日(年齢) 昭・平 年 月 日(満 歳)
住所	(電話 - -)	
診断年月 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	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型肝炎ウイルスマーカー (1) HB e 抗原 (2) HB e 抗体 (3) HBV-DNA定量 (検査日: 平成 年 月 日) (測定法:)	(検査日: 平成 年 月 日) (測定法:)
	2. 血液検査 AST (施設の基準値: IU/l) ALT (施設の基準値: IU/l) 血小板数 (施設の基準値:)	(検査日: 平成 年 月 日) (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。)	

(裏面へ続く) 印
記載年月日: 年 月 日

直近の認定・更新時以降に検査された内容を記載

診断書の有効期間は削除

- (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。

新設

診断書以外の場合

診断書の代わりに、

- (a)検査内容(血液検査結果等)が分かる資料
- (b)受けている治療内容が分かる資料

の添付でも可。(コピーはA4サイズとしてください)

(a)の例;検査結果報告書の写し、
健診・人間ドックの結果の写し 等

氏名: OO ΔΔ	依頼日: ●月●●日	報告日: ●月●●日
検査項目	結果	基準値
AST	xx	**-○○
ALT	OO	# #-◆◆
血小板数	□□	※※-***
HBV-DNA	◇◇	▽▽▽▽

- ・直近の認定・更新時以降の日付で発行されたもの
- ・ウイルスマーカーの検査結果および血液検査結果が分かるもの
※HBV-DNA定量および、AST、ALT、血小板数の検査は必須

(b)の例;お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で発行されたもの