

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 大 平 | |
| 住 所 | 〒 _____ 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 (検査日: _____年__月__日) | | 直近の認定・更新時以降のデータ (検査日: _____年__月__日) | |
| | 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 _____ (単位: LGE/mL・Log copy/mL・Log IU/mL, 測定法: TMA・モニター・TaqMan) | | _____ (単位: LGE/mL・Log copy/mL・Log IU/mL, 測定法: TMA・モニター・TaqMan) | |
| | 2. 血液検査 AST _____ IU/1 (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/1 (施設の基準値: _____~_____) 血小板数 _____ / μ l (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) | | _____ IU/1 (施設の基準値: _____~_____) _____ IU/1 (施設の基準値: _____~_____) _____ / μ l (施設の基準値: _____~_____) (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 _____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。