様式2－6　　R3.4.1改正後

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る診断書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>性別</td><td colspan="3">生年月日(年齢)</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="3">明 昭
大 平　　年　月　日 生　　(満　歳)</td></tr>
<tr><td>郵便番号
住　所
電話番号</td><td colspan="5">(　　)</td></tr>
<tr><td>診断年月</td><td>昭和・平成・令和
年　月</td><td>前医
(あれば記載)</td><td colspan="3">医療機関名
医師名</td></tr>
<tr><td>検査所見</td><td>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

ウイルス型※

2. 血液検査

AST
ALT
血小板数

3. 画像診断及び肝生検などの所見 (具体的に記載)</td><td colspan="2">1年前のデータ
(検査日:　年　月　日)
(該当する方を○で囲む。)

(＋・－)
(＋・－)
(＋・－)
_____(Meq/ml・LGE/ml・Logコピー/ml・cpm)
(測定方法:TMA法、・PCR法・その他(　))
A・B・C・D・その他(　)
(検査日:　年　月　日)
※可能ならば、一度測定してください。

(検査日:　年　月　日)

_____ IU／l
_____ IU／l
_____ 万／μl

(検査日:　年　月　日)
(所見)</td><td colspan="2">直近の認定・更新時以降のデータ
(検査日:　年　月　日)
(該当する方を○で囲む。)

(＋・－)
(＋・－)
(＋・－)
_____(Meq/ml・LGE/ml・Logコピー/ml・cpm)
(測定方法:TMA法、・PCR法・その他(　))

(検査日:　年　月　日)

_____ IU／l
_____ IU／l
_____ 万／μl

(検査日:　年　月　日)
(所見)</td></tr>
<tr><td>診断</td><td colspan="5">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)</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="5">該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択)
1. バラクルード及びジェネリック医薬品(エンテカビル水和物)　2. ゼフィックス(ラミブジン錠)
3. ヘプセラ(アデホビル　ピボキシル錠)　4. テノゼット(テノホビル　ジソプロキシルフマル酸塩錠)
5. ベムリディ(テノホビル　アラフェナミドフマル酸塩錠)　6. その他(具体的に記載:　　)</td></tr>
<tr><td>治療薬剤の変更</td><td colspan="5">該当する方を○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(令和　年　月　日)</td></tr>
<tr><td>治療上の問題点</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">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。

記載年月日　令和　年　月　日
医療機関名及び所在地

医師氏名</td></tr>
</table>

(注)
1. 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。
2. 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、ご注意ください。
3. 診断書に記載のある全ての検査内容等が確認できる資料の写しを提出した場合は、本診断書を省略することができます。