

## 肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新申請に係る意見書

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	年 月 日 生 (満 歳)	
住所	〒 ー TEL ( )				
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する。)	医療機関名 医師名		
検査所見	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	前回申請時データ (検査日: 年 月 日) (該当する方を○で囲む。) (十・ー) (十・ー) (十・ー) ____LogIU/ml または ____Logコピー/ml (Real time PCR法によること)		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。) (十・ー) (十・ー) (十・ー) ____LogIU/ml または ____Logコピー/ml (Real time PCR法によること)	
	2. 血液検査 AST ALT 血小板数	(検査日: 年 月 日) ____IU/l ____IU/l ____万/μl		(検査日: 年 月 日) ____IU/l ____IU/l ____万/μl	
	3. 画像診断及び肝生検などの所見 (特記すべきものがあれば記載)	(検査日: 年 月 日) (所見) ※具体的に記載		(検査日: 年 月 日) (所見) ※具体的に記載	
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。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル 2. ラミブジン 3. アデホビル 4. テノホビル 5. その他(具体的に記載: ) 治療開始日(予定を含む) ( 年 月 )				
治療薬剤の変更	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( 年 月 日)				
治療上の問題点					
上記の通り、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。 医療機関名及び所在地 記載年月日 年 月 日 医師氏名 (医師自署) 下記の該当する項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 専門医療機関 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医					

(注)

- この意見書は、専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が記載してください。
- 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下さい。なお、複数存在する場合は、より直近のデータで記載して下さい。
- 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。
- 一度申請いただいた書類は、どのような理由であってもお返しできません。控えが必要な場合は、ご自身で申請前に写し(コピー等)をご準備ください。