

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証認定に係る診断書（更新）

○診断書の作成にあたってのお願い

- ・病院にてこの診断書の作成を依頼される場合、作成費用は、医療費助成の対象外ですので、患者さんで負担いただくことになります。
- ・肝炎核酸アナログ製剤治療医療費助成制度は、B型肝炎ウイルス性肝炎・B型代償性肝硬変・B型非代償性肝硬変であってもすべての患者さんが対象となるのではなく、対象となる方が限定されています（下記認定基準参照）。また保険適用となっているものに限られます。
- ・この診断書は、既に承認されている方の更新用の診断書です。新規申請には使用できません。

認 定 基 準	
B型肝炎ウイルスの増殖を伴い肝機能の異常が確認されたB型慢性肝疾患で核酸アナログ製剤治療を実施中の者	

ふりがな		性別	生年月日（年齢）
氏 名		男・女	年 月 日生（満 歳）
住 所	郵便番号		
	電話番号（ ）		
検査所見	直近の認定・更新時以降のデータ (該当する方を○で囲む)		
	1 B型肝炎ウイルスマーカー		
	(1) HBs抗原(※1)	(+ ・ -)	(検査日： 年 月 日)
	HBe抗原	(+ ・ -)	} (検査日： 年 月 日)
	HBe抗体	(+ ・ -)	
(2) HBV-DNA定量	_____ (検査日： 年 月 日)		
	(単位： _____、測定法： _____)		
(3) 測定可能な場合に記入(※2)	HBs抗原量 _____ IU/ml (検査日： 年 月 日)	HB関連抗原量 _____ logU/ml (検査日： 年 月 日)	
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○で囲み、併用の場合は複数選択)	前回申請時薬剤	更新申請時薬剤	変 更 日
	1 エンテカビル	1 エンテカビル	(年 月 日)
	2 ラミブジン	2 ラミブジン	(年 月 日)
	3 アデホビル	3 アデホビル	(年 月 日)
	4 テノホビル	4 テノホビル	(年 月 日)
	5 その他 ()	5 その他 ()	(年 月 日)
※更新申請時に治療薬剤の変更があった場合は、変更日を記載してください。			
治療上の問題点			
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。			
医療機関名	記載年月日 年 月 日		
所在地			
電 話	医師氏名 _____ 印		

- (注) 1 直近の認定・更新時以降のデータは前回更新時（初回更新の場合は新規申請時）以降の資料に基づいて記載してください。
- 2 記入漏れのある場合は認定できないことがありますのでご注意ください。 **不詳の場合は、不詳とご記載ください。**
- 3 前回申請時のデータが不明の場合は前回申請時以降で確認できる範囲内のデータを記載してください。
- 4 訂正された場合は、必ず訂正印を押印してください。
- (※1) HBs抗原定性検査は、HBV-DNA定量が感度以下、かつHBe抗原陰性、HBe抗体陽性の場合に、継続治療の必要性を確認するためのものです。
- (※2) 可能であればHBs抗原量及びHBコア関連抗原量の測定をしてください。なお数年後に必須の検査項目として予定しています。