

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

|   |  |                 |                  |          |
|---|--|-----------------|------------------|----------|
| ふりがな  |  | 性別              | 生年月日（年齢）         | 住所（市町村名） |
| 患者氏名  |  | 男・女             | 年 月 日生（満 歳）      |          |
| 診断年月  | 年 月  | 前医<br>(あれば記載する) | 医療機関名<br>医師名     |          |
| 検査所見  | ＜更新時直近データ＞   |                 |                  |          |
|   | 1 B型肝炎ウイルスマーカー   |                 |                  | 検査日      |
|   | (1) HBs抗原量   | (測定法)           | (単位: )           | 年 月 日    |
|   | (2) HBe抗原  | (+・-)           | (該当する方を○で囲む。)    | 年 月 日    |
|   | HBe抗体  | (+・-)           | ( " )            |          |
|   | (3) HBV-DNA定量  |                 | (単位: )           | 年 月 日    |
|   | (4) HBVコア関連抗原量   | (測定法)           | (単位: )           | 年 月 日    |
|   | *測定可能な場合に記入  |                 |                  |          |
| 2 血液検査  | (測定法)  |                 |                  | 年 月 日    |
|   | AST  | IU/1            | ( ~ ) ( )は施設の基準値 |          |
|   | ALT  | IU/1            | ( ~ )            |          |
|   | 血小板数   | /μ1             | ( ~ )            |          |
| 3 画像診断・肝生検等の所見  | (特記すべき所見があれば記載)  |                 |                  | 年 月 日    |
| 診断  | 該当番号を○で囲む。<br>1 B型慢性肝炎    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）。<br>1 エンテカビル<br>2 ラミブジン<br>3 アデホビル<br>4 テノホビル    テノゼット錠    ・    ベムリディ錠    (該当する方を○で囲む。)<br>5 その他（具体的に記載: ) |                 |                  |          |
| 治療薬剤の変更   | 該当する方を○で囲む。<br>前回申請時からの治療薬剤の変更    1 あり    2 なし<br>「1 あり」に○をした場合、変更前薬剤名 ( ) 変更日 ( 年 月 日)  |                 |                  |          |
| 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。<br>医療機関名及び所在地    記載年月日    年 月 日<br>医師氏名 |  |                 |                  |          |

(注)

- 更新時直近データは、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。
- 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。