

肝炎治療受給者証(核酸アナログ治療)認定に係る報告書(更新)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	明昭 大平	年 月 日生(満 歳)	
住所					
診断名	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。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり                    2. なし  治療薬剤(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. ベムリディ 6. その他 ※具体的に記載:				
検査所見	<b>直近の認定・更新時以降のデータ</b> 1. B型肝炎ウイルスマーカー 【検査日:        年    月    日】 (1) HBe抗原 ( + ・ - )    測定値:                    単位:                    測定法: _____ HBe抗体 ( + ・ - )    測定値:                    単位:                    測定法: _____ 【検査日:        年    月    日】 HBs抗原 ( + ・ - )    測定値:                    単位:                    測定法: _____ HBs抗体 ( + ・ - )    測定値:                    単位:                    測定法: _____ ※HBs抗原・抗体については、検査を実施した場合に記載のこと  (2) HBV-DNA定量 測定値:                    単位:                    測定法: _____  2. 血液検査 【検査日:        年    月    日】 検査結果                    施設の基準値 T.Bil: _____ mg/dl (        ~        ) AST: _____ IU/l (        ~        ) ALT: _____ IU/l (        ~        ) 血小板数: _____ /μl (        ~        )  3. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) 【検査日:        年    月    日】				
上記のとおり直近の検査データを報告します。					
医療機関名および所在地			記載年月日 令和    年    月    日		
医師氏名			印		

(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。