

## B型ウイルス肝炎核酸アナログ製剤治療医療費助成に係る診断書(更新)

B型ウイルス肝炎の核酸アナログ製剤治療のための医療保険診療の患者負担額を助成する制度です。他の疾患(例えば、糖尿病や骨折など)の診療や医療保険外の診療は助成の対象外です。

以下の内容は、東京都指定肝臓専門医療機関の肝臓専門医が記入してください。

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	郵便番号 電話番号 ( )		
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	<p><b>【前回申請時データ】</b>                      (不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内の最も古いデータを記載してください。)</p> <p><b>1 B型肝炎ウイルスマーカー</b> (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HBe抗原( + ・ - ) HBe抗体( + ・ - ) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(2) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他( ) (該当単位を○で囲む)                      (測定法: )</p> <p><b>2 血液検査</b> (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ )</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ )</p> <p>血小板数 _____ ×10<sup>4</sup> /μl (施設の基準値 _____ ~ _____ )</p> <p><b>3 画像診断、肝生検などの所見</b>(特記すべき所見があれば記載する)                      (検査日: 年 月 日)</p> <p>_____</p>		
	<p><b>【直近の認定・更新時以降のデータ】</b>                      (更新前の医療券交付決定日から本診断書の記載日までの検査日のデータに基づいて記載してください(ただし、本診断書の記載日から起算して1年より前のデータは使用できません。)。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。)</p> <p><b>1 B型肝炎ウイルスマーカー</b> (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HBe抗原( + ・ - ) HBe抗体( + ・ - ) (該当する方を○で囲む)</p> <p>(2) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他( ) (該当単位を○で囲む)                      (測定法: )</p> <p><b>2 血液検査</b> (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ )</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ )</p> <p>血小板数 _____ ×10<sup>4</sup> /μl (施設の基準値 _____ ~ _____ )</p> <p><b>3 画像診断、肝生検などの所見</b>(特記すべき所見があれば記載する)                      (検査日: 年 月 日)</p> <p>_____</p>		

診 断	(該当する番号を○で囲む) 1 B型肝炎ウイルスによる慢性肝炎 2 B型肝炎ウイルスによる代償性肝硬変 3 B型肝炎ウイルスによる非代償性肝硬変
治療内容	(該当する番号を○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(具体的に記載してください)
治療薬剤の変更	(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 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。

肝臓専門医療機関名および所在地 医療機関コード  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

記載年月日 年 月 日

肝臓専門医 氏 名 (印)

**【 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であり、医師が治療継続が必要と認める場合

(注) 記入漏れのある場合は認定できないことがあるので、御注意ください。