

## B型肝炎ウイルス核酸アナログ製剤治療医療費助成に係る診断書(更新)

B型肝炎ウイルス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	昭和 平成	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名
検査所見	<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。) 1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBe抗原( + ・ - ) HBe抗体( + ・ - ) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他( ) (該当単位を○で囲む) (測定法 : _____ ) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) 血小板数 _____ $\times 10^4$ / $\mu$ l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) 3 画像診断、肝生検などの所見(特記すべき所見があれば記載する) (検査日:平成 年 月 日) _____ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">・ 改正前の文章に、取消し線をつけてください。 ・ 新たに、網掛けの文章に書きなおしてください。</div>		
	<b>【直近の認定・更新時以降のデータ更新時直近データ】</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。)(記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。) 1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日) (1) HBe抗原( + ・ - ) HBe抗体( + ・ - ) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA定量 _____ logcopy/ml ・ LGE/ml ・ その他( ) (該当単位を○で囲む) (測定法 : _____ ) 2 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) ALT _____ IU/l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) 血小板数 _____ $\times 10^4$ / $\mu$ l (施設の基準値 _____ ~ _____ ) 3 画像診断、肝生検などの所見(特記すべき所見があれば記載する) (検査日:平成 年 月 日) _____		

