

核酸アナログ製剤治療費助成の更新申請に係る診断書の簡素化について

○趣旨： 肝炎医療費助成に係る核酸アナログ製剤による治療費助成の更新手続きについては、従来より手続きの簡素化が求められてきたが、更新を行う多くの患者において治療内容(製剤)の変化がないことを踏まえ、以下のとおり簡素化を図る。

- 改正点
- 更新申請の添付書類について、診断書以外の添付でも可とする。
 - これらの添付書類は、直近の認定・更新時以降に作成されたものとする。

診断書の場合

(様式2-4)

様式2-4
肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の更新申請に係る診断書(更新)

受給者番号	性別		生年月日(年齢)
アガナ 患者氏名	男・女	明・昭 大・平	年 月 日生 (満 歳)
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	前回申請時データ		直近の認定・更新時以降のデータ 更新時直前データ
	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 HBe抗原 HBs抗体 (2) HBV-DNA定量		(検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日) *(該当する方を○で囲む。)* (該当する方を○で囲む。)* (+/-) " (+/-) " (+/-) " (+/-) " (検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日) (単位) (単位)
	2. 血液検査 AST IU/l (施設の基準値: ~) IU/l (施設の基準値: ~) ALT IU/l (施設の基準値: ~) IU/l (施設の基準値: ~) 血小板数 μ l (施設の基準値: ~) μ l (施設の基準値: ~)		(検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日)
3. 画像診断及び肝生検などの所見	(検査日: 平成 年 月 日) (検査日: 平成 年 月 日) 画像診断・肝生検 画像診断・肝生検 (左のいずれかを○で囲む。) 画像診断方法: 画像診断方法:		
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○で囲む。 1. エンテカビル単独 2. ラミブジン単独 3. アデビル単独 4. テモブジン+アデビル 5. その他(具体的に記載してください。)		
治療薬剤の変更	該当する方を○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(平成 年 月 日)		
治療上の問題点			
上記のとおり、B型慢性肝炎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。			
所在地 医療機関名 医師氏名	記載年月日 平成 年 月 日 電話番号 ()		印

(注) 1. 記載内容の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. HBs抗原・HBs抗体・HBs抗体以外の更新時直前データは記載日前3か月以内の資料に基づいて記載してください。
3. 直近の認定・更新時以降のデータは記載日前1年以内の検査データ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、より直近のデータに記載してください。
23. 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。
24. 更新手続きは、現在の公費負担期間満了の3か月前から可能です。

直近の認定・更新時以降に
検査された内容を記載

診断書以外の場合

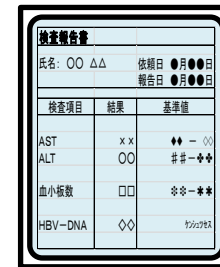
新設

診断書の代わりに、

- (a)検査内容(ウイルスマーカーや血液検査結果等)が分かる資料
- (b)直近の認定・更新時以降の受けている治療内容(薬剤名、処方医療機関及び処方医)が分かる資料

の添付でも可とする。

- (a)の例;検査結果報告書の写し(複数枚の組合せも可能)
健診・人間ドックの結果の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で
発行されたものであること

- (b)の例;お薬手帳の写し、薬剤情報提供書の写し 等



直近の認定・更新時以降の日付で
発行されたものであること