

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おり、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、簡素化を図るものです。

- 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します。
 - ・ 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します。

診断書の場合

(様式3-8)

様式3-8
ウイルス性肝炎進行防止対策(肝炎治療特別推進事業)医療受給者証の交付申請に係る診断書
(核酸アナログ製剤治療:更新用)

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	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	1. B型肝炎ウイル スマーカー (1)HBs抗原 HBs抗原 HBs抗体 (2)HBV-DNA定量	1 (検査日: 平成 年 月 日) (該当するものを○で囲む。) (+・+・+・未検査) (+・+・+・未検査) (+・+・+・未検査) (単位: 測定法)	1 (検査日: 平成 年 月 日) (該当するものを○で囲む。) (+・+・+・未検査) (+・+・+・未検査) (+・+・+・未検査) (単位: 測定法)
	2. 血液検査 AST ALT 血小版数	2 (検査日: 平成 年 月 日) IU/l (施設の基準値: ~) IU/l (施設の基準値: ~) /μl (施設の基準値: ~)	2 (検査日: 平成 年 月 日) IU/l (施設の基準値: ~) IU/l (施設の基準値: ~) /μl (施設の基準値: ~)
	3. 画像診断及び肝 生検などの所見 (具体的に記載)	3 (検査日: 平成 年 月 日)	3 (検査日: 平成 年 月 日)
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)		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	該当番号を○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. テノホビル 4. テラシビル 5. その他(具体的に記載)		
治療薬の変更	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(○の場合 変更前薬剤名)		
治療上の問題点			
上記のとおり、B型肝炎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。			
医療機関名及び所在地		記載年月日 平成 年 月 日	
医師氏名		印	

直近の認定・更新時以降に
検査された内容を記載

診断書の有効期
間は削除

(注)
1. 前回申請時データが不明の場合は、前回申請時以降の確認できる範囲内のもっとも古いデータを記載してください。
2. 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。
3. 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。

診断書以外の場合

新設

診断書の代わりに、

- (a)検査内容(血液検査結果等)が分かる資料
 - (b)受けている治療内容が分かる資料
- の添付でも可とする。

(a)の例;検査結果報告書の写し、
健診・人間ドックの結果の写し 等

検査項目	結果	基準値
AST	x x	** - ○○
ALT	○○	## - ○○
血小版数	□□	*** - **
HBV-DNA	◇◇	10 ² IU/ml

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