



福岡県医発第 648 号（地）

平成 26 年 5 月 30 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県肝炎治療特別促進事業における核酸アナログ製剤
(テノホビル) の追加について

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、今般、標記に件について、福岡県保健医療介護部健康増進課より、下記製剤が平成 26 年 5 月 23 日から適用になった旨、別添のとおり通知が参りましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件にご了知いただくとともに、貴会会員へ周知くださいますようお願い申し上げます。

なお、診断書作成の際には、別紙を参照のうえ、作成願います。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成 26 年 5 月 23 日	テノホビル	テノゼット	B 型慢性肝疾患

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

公印省略

26健第1094号
平成26年5月27日

公益社団法人
福岡県医師会会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

福岡県肝炎治療特別促進事業における核酸アナログ製剤
(テノホビル) の追加について (通知)

日頃から本県の保健医療行政の推進にあたりましては、ご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

このことについて、平成26年5月23日から適用になりましたので、お知らせします。

つきましては、貴会員に周知していただきますよう、お願い申し上げます。

なお、診断書作成の際には、別紙を参照のうえ、作成していただきますよう、併せてお願い申し上げます。

記

【保険適用日】

保険適用日	治療法	銘柄名	診断名
平成26年5月23日	テノホビル	テノゼット	B型慢性肝疾患



【参考】

(様式第3号の裏面)

【核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る医師の記載欄】

【患者氏名】
【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日生 （満 歳）

検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療更新時直近の所見を記入する。 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 (+・-) (該当する方を○で囲む) HBe 抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA 定量 _____ (単位： 、測定法) 2. 血液検査（検査日：平成 年 月 日） AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ /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：平成 年 月 日）
診断 【必須】	該当を○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 【必須】	該当番号を○で囲み、1日投与量を記入する。 1. エンテカビル単独 (mg) 2. ラミブジン単独 (mg) 3. アデホビル単独 (mg) 4. ラミブジン (mg) + アデホビル (mg) 5. その他（具体的に記載してください。 <u>テノホビル</u> ○○ mg) 5. その他に 「<u>テノホビル</u>」を記入
治療薬剤の 変更	該当する方を○で囲む 前回の申請時からの治療薬剤の変更 1. なし 2. あり 2. 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型慢性肝炎患者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。	
記載年月日平成 年 月 日 医療機関名及び所在地	
医師氏名	印

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 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. 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。

各医療機関においては、本書類は受給者証新規申請時における診断書の更新用という性格の書類であるため、申請者の追加負担とならないようご配慮いただきますよう御協力ください。

【参考】

様式第7号(要綱第10条関係)

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書(新規)

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 【必須】	該当を○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)				
現在の治療 【必須】	現在の核酸アナログ製剤治療の有無 1. あり 2. なし ありの場合、核酸アナログ製剤治療の継続の必要 1. あり 2. なし				
検査所見 【必須】	核酸アナログ製剤治療開始直前の所見を記入する。 ただし、治療中の場合は直近の所見を記入する。 1. B型肝炎ウイルスマーカー(検査日:平成 年 月 日) (1) HBs 抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む) (2) HBV-DNA 定量 _____ (単位: 、測定法) 2. 血液検査(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ $\times 10^4$ /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:平成 年 月 日)				
治療内容 【必須】	該当番号を○で囲み、1日投与量を記入する。 1. エンテカビル (mg) 2. ラミブジン (mg) 3. アデホビル (mg) 4. ラミブジン (mg) + アデホビル (mg) 5. その他(具体的に記載してください。 <u>テノホビル</u> ○○ mg) 5. その他に 「<u>テノホビル</u>」を記入 治療開始日(予定を含む)平成 年 月 日				
治療上の 問題点					
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		

(注)

1. 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2. 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. 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。