

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証交付申請 (更新) チェックシート

肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証の更新申請に係る
検査内容及び治療内容が分かる資料の提出について

以下の項目を確認して、チェック☑してください。
全項目を満たさない方は、医師の診断書が必要です。

- 検査結果報告書(写)、健診・人間ドックの結果(写)等、検査内容が分かる資料を添付しました。(いずれもウイルスマーカー及び血液検査等の結果がわかるもの)
- お薬手帳(写)、薬剤情報提供書(写)等、治療内容が分かる資料を添付しました。
- HBs抗原は陽性(+)です。また、肝がんの合併はありません。
- 下記に記載するデータは全て前回更新申請時(前回は新規申請の方は新規申請時)から一年以内のデータです。

○医師の診断書に代えて、検査内容及び治療内容が分かる資料を提出する際の留意事項

- ・必ず本紙上枠の確認事項をチェックしてから、提出して下さい。
- ・直近の認定・更新時以降の検査内容及び治療内容が分かる資料を添付するとともに、それらの内容を記載漏れや記載誤り等なく正確に本紙に記入してください。
- ・HBs抗原が陰性(-)又は肝がんを合併している場合は、従前どおり医師が作成した「肝炎核酸アナログ製剤治療受給者証認定に係る診断書(更新)」の提出が必要です。

ふりがな	生年月日		検査をした病院
お名前	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
検査内容	1 B型肝炎ウイルスマーカー	直近の認定・更新時以降のデータ (該当する方を○で囲む)	
	(1)HBs抗原 (HBsAg)	(+ ・ -)	(検査日： 年 月 日)
	HBe抗原 (HBeAg)	(+ ・ -)	(検査日： 年 月 日)
	HBe抗体 (HBeAb)	(+ ・ -)	(検査日： 年 月 日)
(2)HBV-DNA定量	_____	(検査日： 年 月 日)	
治療内容	2 血液検査	(検査日： 年 月 日)	
	AST	_____ IU/I	
	ALT	_____ IU/I	
	血小板数 (PLT)	_____ $10^4/\mu I$	
治療内容 <small>(該当番号を○で囲み、併用の場合は複数選択)</small>	薬剤 (一般名)	商品名	変更年月
	1 エンテカビル	バラクルード錠	(年 月)
	2 テノホビル アラフェナミド	ベムリディ錠	(年 月)
	3 テノホビル ジソプロキシル	テノゼット錠	(年 月)
	4 ラミブジン	ゼフィックス錠	(年 月)
	5 その他()	()	(年 月)
※更新申請時に治療薬剤の変更があった場合は、変更年月を記載してください。			