

### 肝炎治療受給者証(肝炎核酸アナログ製剤治療)の更新申請調書

フリガナ		性別	生年月日						
患者氏名		男女	明 昭 大 平	年	月	日 生			
検査結果		今回		前回					
	1. B型肝炎ウイルスマーカー								
	検査日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	HBV-DNA定量	_____ (単位: _____、測定法_____)			_____ (単位: _____、測定法_____)				
	2. 血液検査								
	検査日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
AST	_____IU/l			_____IU/l					
ALT	_____IU/l			_____IU/l					
血小板数	_____/ $\mu$ l			_____/ $\mu$ l					
現在の治療薬剤	該当番号を○で囲む。 1. テノゼット錠 (テノホビル) 2. バラクルード錠 (エンテカビル) 3. ゼフィックス錠 (ラミブジン) 4. ヘプセラ錠 (アデホビルピボキシル) 5. ゼフィックス錠+ヘプセラ錠 (ラミブジン+アデホビルピボキシル) 6. その他 (具体的に記載してください。)								
治療薬剤の変更の有無	1. あり		2. なし						
	「1. あり」の場合								
	変更前薬剤名								
	変更日	平成	年	月	日				

(注)

1. 今回の検査結果は、前回更新時(初回更新の場合は新規申請時)以降の資料に基づいて記載してください。
2. 前回申請時データが不明の場合は、所轄の福祉保健局等にご相談ください。

#### ※裏面に次の資料を貼付けて提出してください。

##### ①血液検査等のデータ等が記載された資料 (検査結果報告書(写し可)など)

- ・医療機関等で正式発行された検査結果のコピーを添付される場合は、医療機関又は検査機関の名称が記載された部分も一緒にコピーしてください。
- ・任意様式のデータ提出でも可としますが、必ず医療機関名・主治医の記載及び押印されたものを添付してください。

##### ②治療薬剤の分かる資料 (お薬手帳の写しなど)