

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	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	年	月	日	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	年	月	日	年	月	日
AST	____IU/l			____IU/l			
ALT	____IU/l			____IU/l			
血小板数	____/μl			____/μl			
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+ジソプロキシル fumarate) 2. バラクルド錠 (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. ベムリディ錠 (テノホビル+アラフェナミド fumarate) 7. 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	年 月 日						

(注)

- 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。
- 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)