

肝炎治療受給者証の交付申請（核酸アナログ製剤治療の更新）に係る検査内容・治療内容資料

ふりがな 氏名		性別	生年月日（年齢）		
		男・女	明・大・昭・平	年 月 日生（満 歳）	
医療機関名 ・主治医名	（医療機関名）		（主治医名）		

## 資料貼付欄 ① （治療内容が分かる資料）

（注意）貼り付け前に、以下の項目が記載されていることをご確認下さい。

### 1 処方日又は調剤日

※お手元の受給者証の交付年月日以降の日付であることが必要です

### 2 申請者(患者)の氏名

### 3 治療薬剤名

※以下のいずれかの薬剤名が記載されている必要があります。

（複数の場合もあります。）

- ・バラクルード錠(エンテカビル錠)
- ・ゼフィックス錠
- ・ヘプセラ錠
- ・テノゼット錠
- ・バムリディ錠

## 資料貼付欄②

### (検査結果が分かる資料)

(注意)貼り付け前に、以下の項目が記載されていることをご確認下さい。

#### 1 検査日(採取日)

※お手元の受給者証の交付年月日以降の日付であることが必要です

#### 2 申請者(患者)の氏名

#### 3 以下の検査項目(\*印の検査項目は必須項目です。)

##### (1) ウイルスマーカー

HBV-DNA 定量\*

HBs 抗原

HBe 抗原

HBe 抗体

##### (2) 血液検査

AST\*

ALT\*

血小板数\*

提出される前に、もう一度、検査データにAST、ALT、血小板数、HBV-DNA定量の数値が記載されているかどうか、御確認ください。

特に、HBV-DNA定量は「検査中」や「未記入」の場合がありますので、御留意ください。