

第3号様式-10

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新申請に係る検査内容・治療内容資料 ⑩

ふり 氏 名		性別	生年月日（年齢）
		男・女	年 月 日（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

（検査内容が分かる資料）

※貼り付け前に、①氏名、②ウイルスマーカー、③血液検査、④検査日（現在お持ちの受給者証の交付日以降のもの）がもれなく記載されているかご確認ください。（②、③については下記の項目が必要です。）

② ウイルスマーカー

- HBV-DNA量
- HBs抗原
- HBコア関連抗原

※上記のうち1つ以上必要

③ 血液検査

- AST
- ALT
- 血小板数

※上記全ての項目が必要

※②、③について、必要な項目の検査結果が空白や「検査中」、「照会不可」等、検査結果が記載されていない場合は審査することができませんのでご注意ください。

必要な項目が記載された①検査内容及び②治療内容が分かる資料を上記及び裏面の資料貼付欄にのり・テープ等ではがれないように貼り付けてください。

前回申請時からの治療薬剤の変更の有無についてご記入ください。

1. あり 2. なし (どちらかに○をつけてください。)

↓

変更前の薬剤名 () 変更日 (年 月 日)

資料貼付欄 ②

(治療内容が分かる資料)

※貼り付け前に、①氏名、②治療薬剤名、③処方日が
もれなく記載されているかご確認ください。