

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

ふりがな 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

③ 血液検査
 AST
 ALT
 血小板数

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。