

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書に代えて申請する様式

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
受給者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日生(歳)	
病名	B型慢性肝炎・B型代償性肝硬変・B型非代償性肝硬変				
1. 様式第4号の9「肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の交付申請に係る診断書」に代えて、①と②を添付して申請します。 2. 添付資料について、富山県から医療機関等へ照会することに同意します。					
年 月 日			申請者氏名 _____		

以下①、②の資料を添付ください。

- (注) 1. 直近の認定・更新時以降に行われた検査内容、治療内容が分かる資料を提出ください。
 2. HBV-DNA 定量、AST、ALT、血小板数、画像診断・肝生検などの所見は更新申請に必要な検査内容です。
 不足する検査項目がある場合は認定できない場合がありますので、ご注意ください。

①検査内容が分かる資料 確認欄をチェック☑し、太枠の中をご記入ください。

確認欄	検査項目	結果 (単位)	検査年月日 / 医療機関名
<input type="checkbox"/>	HBV-DNA 定量 [ウイルスマーカー]	()	年 月 日 (医療機関名) _____
<input type="checkbox"/>	AST(GOT) [血液検査]		年 月 日 (医療機関名) _____
<input type="checkbox"/>	ALT(GPT) [血液検査]		
<input type="checkbox"/>	血小板数 [血液検査]	($\times 10^4/\mu\text{l}$)	
<input type="checkbox"/>	画像診断・肝生検などの所見 ・検査方法(超音波、CT、MRI、肝生検)が記載されている。 方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他() ・検査結果に対する医師の所見、診断が記載されている。		年 月 日 (医療機関名) _____

②治療内容(服用薬)が分かる資料 ※服用薬をチェック☑し、太枠の中をご記入ください。

前回申請時からの治療薬剤の変更はありますか。該当する方を○で囲んでください。

1. あり 変更前薬剤名() 変更日(年 月 日)
 2. なし

服用薬	治療薬剤の種類		処方年月日 / 医療機関名 / 主治医
<input type="checkbox"/>	エンテカビル	(バラクルード錠及びエンテカビル錠(後発品))	年 月 日 (医療機関名) (主治医)
<input type="checkbox"/>	ラミブジン	(ゼフィックス錠)	
<input type="checkbox"/>	アデホビル	(ヘプセラ錠)	
<input type="checkbox"/>	テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩錠	(テノゼット錠)	
<input type="checkbox"/>	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠	(ベムリディ錠)	