

核酸アナログ製剤治療更新確認表

氏名	生年月日	現在お持ちの受給者証の 交付年月日
	年 月 日	年 月 日

現在の診断 右欄の該当に○をつけてください。	慢性肝炎	・	代償性肝硬変	・	非代償性肝硬変
---------------------------	------	---	--------	---	---------

現在お持ちの受給者証の交付年月日以降の次の2種類の書類を必ず添付してください。★のついた必須項目を記入してください。

検査内容が分かる書類			治療内容が分かる書類	
B型ウイルスマーカー			★処方日	年 月 日
項目	検査結果	検査年月日	★投薬されている薬に○をつけてください	
★HBs抗原	+ ・ -	年 月 日	バラクルード (エンテカビル)	
HBe抗原	+ ・ -	年 月 日	ゼフィックス	
HBe抗体	+ ・ -	年 月 日	テノゼット	
★HBV-DNA定量		年 月 日	ベムリディ	
HBコア関連抗原量		年 月 日	★薬剤変更	有・無 有の場合、変更前薬剤名

血液検査		
項目	検査結果	検査年月日
★AST		年 月 日
★ALT		年 月 日
★血小板数 (PLT)		年 月 日

申請者確認欄

検査内容が分かる書類を添付した

治療内容が分かる書類を添付した

受給者証交付日以降の書類を添付した

必須項目を記入した

<p>受付担当者確認欄</p> <p><input type="checkbox"/> 受給者証交付日以降の書類が添付されている</p> <p><input type="checkbox"/> 必須項目が記入されている</p>	<p>受付印</p>
---	------------