**核酸アナログ製剤治療【更新】**

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**

**・ベムリディ錠**

**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　　　　　　　（２）　血液検査**

**□　HBV-DNA定量＊ □　AST＊**

**□　HBs抗原 □　ALT＊**

**□　HBe抗原 □　血小板数＊**

**□　HBe抗体**

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。