

肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る検査内容等報告書

この様式は、核酸アナログ製剤治療更新申請における診断書の提出を省略する場合に使用してください。

患者氏名		生年月日	
医療機関名		受給者番号	

※記載する検査データは、原則、申請日前6か月以内のデータとすること。
 ※下記のすべての項目が記載され、かつ、その内容が確認できる書類が添付されていないと受付できませんので、ご注意ください。

検査所見	1. B型肝炎ウイルスマーカー ・ HBs抗原 (+ ・ -) ・ HBV-DNA定量 (_____) (LogIU/ml、Logコピ-/ml、) ・ 検査日 年 月 日	添付すべき資料 (添付したものにチェックしてください) <input type="checkbox"/> 検査結果報告書(写し)
	2. 血液検査 ・ AST (_____)IU/l ・ ALT (_____)IU/l ・ 血小板数 (_____) 10^4 / μ l ・ 検査日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 検査結果報告書(写し)
	3. 画像診断 ・ 検査日 年 月 日 ・ 検査方法(例:CT、超音波など) (_____)	<input type="checkbox"/> 検査結果報告書(写し) <input type="checkbox"/> 診療明細書(写し)
治療内容	・ 治療内容(直近のもの) ※該当するものにチェックしてください <input type="checkbox"/> エンテカビル(バラクルード錠) <input type="checkbox"/> ラミブジン(エピビル錠/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(テノゼット錠) <input type="checkbox"/> その他(_____) ・ 処方日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書(写し) <input type="checkbox"/> お薬手帳(写し) <input type="checkbox"/> その他 (_____)
<受付者確認欄> 上記の記載事項及び添付書類について確認しました。 年 月 日 所属 受付者職氏名		