

## 肝炎核酸アナログ製剤治療の更新申請に係る記録

申請者 記載欄

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 電話番号 ( )		
検査所見	1. HBVマーカー	<b>直近のデータ</b> ※実施した検査項目に☑をつけてください。 (検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> HBs抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗原 <input type="checkbox"/> HBe抗体 <input type="checkbox"/> HBV-DNA定量	
	2. 血液検査	(検査日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> AST <input type="checkbox"/> ALT <input type="checkbox"/> 血小板数	
	3. 画像診断及び肝生検	(検査日: 年 月 日) 画像診断 (☐腹部超音波、☐CT、☐MRI)  <input type="checkbox"/> 肝生検	
診断名	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる) 3. 非代償性肝硬変 (B型肝炎ウイルスによる)		
治療薬剤	該当番号を○で囲む。(併用の場合は複数選択) 1. エンテカビル(バラクルード錠) 2. ラミブジン(ゼフィックス錠) 3. アデホビル(ヘプセラ錠) 4. テノホビル(テノゼット錠、ペムリディ錠) 5. その他(具体的に記載: )		※治療内容が分かる資料を添付して下さい。  例) 薬局から発行される薬剤情報提供書、お薬手帳に貼付されるシールなど(核酸アナログ製剤投与歴が分かるもの)
治療薬剤の変更	該当する方を○で囲む。 前回申請時からの治療薬剤の変更 1. あり 2. なし  1. ありに○の場合 変更前薬剤名( ) 変更日 ( 年 月 日 )		
備考	(※連携する医療機関がある場合は、医療機関名をご記入ください。)		
青森県肝炎治療特別促進事業に係る核酸アナログ治療の更新申請に際し、診断書に代わる検査内容、及び受けている治療内容が分かる資料として、本記録を添付いたします。			
申請者		記載年月日 年 月 日	
氏名(自署)			
※チェック項目: <input type="checkbox"/> 検査結果・画像診断結果の写しを添付しましたか? <input type="checkbox"/> 治療内容が分かる資料を添付しましたか?			

(注)1. 検査結果は記載日前1年以内のものを添付してください。  
 なお、複数存在する場合は、より直近のものを添付してください。  
 2. 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。