

【この様式は、申請者本人がボールペンでご記載ください。】
 記載漏れがある場合、県から申請者宛て照会することもあります。

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	アオモリ タロウ	性別	生年月日(年齢)
患者氏名	青森 太郎	男・女	昭和・平成・令和 〇年 〇月 〇〇日生 (満〇〇歳)
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇〇-〇 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		
検査所見	直近のデータ		※左記の7項目及び画像診断及び肝生検の検査結果を添付して下さい。 (例) 医療機関で発行された検査結果報告書、健診や人間ドックの報告書など(HBVマーカーや血液検査、画像診断結果が分かるもの) 1年以内 の検査結果報告書、健診や人間ドックの結果報告書、画像診断結果が分かるもの、の写しを提出してください。 1年以内 に検査を受けた画像診断または肝生検をチェックした上で、診断結果が分かるものの写しを提出してください。
	1. HBVマーカー	※実施した検査項目に☑をつけてください。 (検査日: 〇年 〇月 〇日) <input checked="" type="checkbox"/> HBs抗原 <input checked="" type="checkbox"/> HBe抗原 <input checked="" type="checkbox"/> HBe抗体 <input checked="" type="checkbox"/> HBV-DNA定量	
	2. 血液検査	(検査日: 〇年 〇月 〇日) <input checked="" type="checkbox"/> AST <input checked="" type="checkbox"/> ALT <input checked="" type="checkbox"/> 血小板数	
3. 画像診断及び肝生検	(検査日: 〇年 〇月 〇日) 画像診断 (☐腹部超音波、☐CT、☐MRI) ☐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) 複数選択可能です。 ③ テノホビル(テノゼット錠、ペムリディ錠) ④ その他(具体的に記載:)		
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)) 変更がある場合に記載ください。		
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。

記載年月日 〇年 〇月 〇日

申請者

氏名(自署) 青森 太郎

※県庁HPからDL可：
https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/hepatitis_subsidies.html

- ※チェック項目：
 検査結果・画像診断結果の写しを添付しましたか？
 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。