

第1号様式の6 (第6関係)

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	年	月 日生 (満 歳)				
医療機関名 ・主治医名	(医療機関名)		(主治医名)					
検査項目 記載欄	HBV-DNA 定量	HBs 抗原	HBe 抗原	HBe 抗体	検査結果	AST	ALT	血小板数
	Log IU/mL	(+-)	(+-)	(+-)	IU/L	IU/L	/μL	
					施設の 基準値	() ~ ()	() ~ ()	() ~ ()
薬剤名								

※上記太線枠内に記入 (検査結果を転記) して下さい。

担当者確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>	薬剤の情報	HBV-DNA 定量	HBs 抗原	HBe 抗原	HBe 抗体	AST	ALT	血小板数
(申請者は記載しないでください)	<input type="checkbox"/>							

資料貼付欄

(①治療内容が分かる資料)

※貼り付け前に、治療薬剤名及び日付 (処方日等) が記載されているかご確認下さい。

(②検査結果が分かる資料)

※貼り付け前に、検査日及び下記検査項目 が記載されているかご確認下さい。

1 ウイルスマーカー

- HBV-DNA 定量
- HBs 抗原
- HBe 抗原
- HBe 抗体

2 血液検査

- AST
- ALT
- 血小板数

必要な項目が記載された①治療内容及び②検査結果が分かる資料を資料貼付欄にのり・テープ等ではがれないように貼り付けてください。

資料は重ねて貼ってもかまいませんが、検査の値が確認できるように貼りつけて下さい。