

第1号様式の7（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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 | 2 血液検査 |
| <input type="checkbox"/> HBV-DNA 定量 | <input type="checkbox"/> AST |
| <input type="checkbox"/> HBs 抗原 | <input type="checkbox"/> ALT |
| <input type="checkbox"/> HBe 抗原 | <input type="checkbox"/> 血小板数 |
| <input type="checkbox"/> HBe 抗体 | |

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。