

肝炎治療受給者証(核酸アナログ製剤治療)の更新申請に係る確認書



ふりがな	生年月日 (年齢)					
患者氏名	年	月	日生	(満)	歳)	

肝炎治療受給者証有効期間 : 年 月 日 ~ 年 月 日

前回更新日以降で、直近の検査結果及び検査日が分かる資料(検査結果報告書、検診・人間ドックの結果等)のコピー、直近の治療内容及び処方日が分かる資料(お薬手帳、薬剤情報提供書等)のコピーを添付し、その内容を記入ください。
下記の検査内容の結果が全て揃っていることが必要です。 (添付するコピーはA4サイズとしてください。)

検査内容	前回更新日以降(受給者証有効期間中)の検査データ	チェック欄
1 B型肝炎ウイルスマーカー	(該当する方を○で囲む。)	
(1) HBs抗原	(+ ・ -) (検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
HBe抗原	(+ ・ -) (検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
HBe抗体	(+ ・ -) (検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
(2) HBV-DNA定量	_____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日 年 月 日)	<input type="checkbox"/>
2 血液検査	(検査日 年 月 日)	
AST	_____ IU/l (基準値: ~)	<input type="checkbox"/>
ALT	_____ IU/l (基準値: ~)	<input type="checkbox"/>
血小板数	_____ × 10 ⁴ / μl (基準値: ~)	<input type="checkbox"/>

治療内容	該当する番号を○で囲む。(併用の場合は、複数を選択)	チェック欄
薬剤名(一般名) 商品名	(直近の処方日 年 月 日)	
1 エンテカビル バラクルード®	変更日 (年 月 日)	<input type="checkbox"/>
2 ラミブジン ゼフィックス®	変更日 (年 月 日)	
3 アデホビル ヘプセラ®	変更日 (年 月 日)	
4 テノホビル テノゼット®	変更日 (年 月 日)	
5 テノホビル ベムリディ®	変更日 (年 月 日)	
6 その他 ()	変更日 (年 月 日)	
※ 前回申請時からの治療薬剤の変更があれば、変更日を記載。		

- ・ 確認書はご本人様が作成していただけます。
- ・ 申請時には、上記「検査内容」、「治療内容」の項目が全て記載されていることを確認してください。
- ・ 全項目を満たさない場合は、医師の診断書(様式2号の5)が必要となります。

診断書に代えて確認書を提出する場合、画像診断等による検査所見に関する資料の添付は不要ですが、定期的に医療機関を受診し、血液検査や画像検査を受け肝臓の状態を正しく知っておくことが大切です。
画像検査等は、肝がんを早期に発見するために非常に有効な検査となりますので、定期的な検査を推奨します。
 また、検査費用は肝炎治療医療費助成の対象となります。検査の実施に当たっては、主治医等とよくご相談ください。