

【診断書(様式2-4)代用】

核酸アナログ製剤治療更新申請に係る検査結果・治療薬剤 確認表

※ 診断書に代えて申請する場合には、「直近の認定・更新時以降に行われた検査内容・治療内容が分かる資料」を提出する必要があります。

(検査結果報告書の写し、健診・人間ドック結果の写し、薬剤情報提供書の写し、お薬手帳の写し 等)

※ 表中の「確認欄」で必要項目をチェックし、各項目が記された資料を添付してください。

受給者番号	
受給者氏名	
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
現在の受給者証有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
病名	B型慢性肝炎 ・ B型代償性肝硬変 ・ B型非代償性肝硬変

1. B型肝炎ウイルスマーカー			
確認欄	項目	表示例	実施日
必須ではない	<input type="checkbox"/> HBs抗原	HBs-Ag 等	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> HBe抗原	HBe-Ag 等	
	<input type="checkbox"/> HBe抗体	HBe-Ab 等	
【必須】	<input type="checkbox"/> HBV-DNA定量	測定法: HBV-DNA TaqMan PCR法 HBV-DNA PCR法 HBV-DNA リアルタイムPCR 等 単 位: LGE/ml、Log copy/ml (LC/ml)、 LogIU/ml	令和 年 月 日

2. 血液検査			
確認欄	項目	表示例	実施日
【必須】	<input type="checkbox"/> AST	AST(GOT)	令和 年 月 日
【必須】	<input type="checkbox"/> ALT	ALT(GPT)	
【必須】	<input type="checkbox"/> 血小板数	PLT(Plt)	

3. 治療薬剤名			
確認欄	項目	一般名・商品名	処方日
【必須】 単独 or 併用	<input type="checkbox"/> エンテカビル	エンテカビル水和物 (ETV) 商品名: バラクルード	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> ラミブジン	ラミブジン (LAM) 商品名: ゼフィックス	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> アデホビル	アデホビル ピボキシル (ADF) 商品名: ヘプセラ	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> テノホビル①	テノホビル ジソプロキシシルフマル酸塩 (TDF) 商品名: テノゼット	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> テノホビル②	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩 (TAF) 商品名: ベムリディ	令和 年 月 日