

検査内容及び治療内容に係る資料 確認票

診断書以外を添付する場合はこの用紙を記入の上、提出してください

計											
肝炎治療経過書											
〔検査アナログ製剤治療〕											
公費医療番号	3	8	0	6	6	0	1	5			
公費医療番号											
公費医療番号											
氏名											
性別											
生年月日	西	年	月	日	日本	男・女					
病歴											
住居											
現住所											
既往歴											
手術歴											
薬剤歴											
検査日	西	年	月	日	平成	年	月	日			
検査場所											
医師											
検査機関											
検査項目											
検査結果											
検査費用											
検査料負担											
検査結果通知											
検査結果通知先											
検査結果通知日	西	年	月	日	平成	年	月	日			

交付日を記入してください

令和 年 月 日

現在お持ちの受給者証の交付日以降の
以下のA・Bの資料を必ず添付してください

A

検査の内容が わかる資料 (検査結果通知など) の写し

検査報告書		
氏名: OO ΔΔ	依頼日: ●月●●日	報告日: ●月●●日
検査項目	結果	基準値
AST	xx	◆ - ○○
ALT	OO	◆# - ◆◆
血小板数	□□	◆◇ - ◆◆
HBV-DNA	◇◇	キログラム

① 検査を受けた医療機関名
(_____)

② B型肝炎ウイルスマーカー I
HBs 抗原検査数値 (_____)
又は
HBs 抗原量検査数値 (_____)
検査年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
※HBV-DNA 定量で検出数値がある場合は省略可能

③ B型肝炎ウイルスマーカー II
HBV-DNA 定量検査数値 (_____)
検査年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

④ 血液検査
AST 検査数値 (_____)
ALT 検査数値 (_____)
血小板数検査数値 (_____)
検査年月日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

B

治療内容がわかる資料 (お薬手帳、薬剤情報提 供書など)の写し

① お薬の処方箋を出した医療機関名
(_____)

② お薬の種類 (飲んでいるものに☑)
 エンテカビル (バラクルード)
 ラミブジン (ゼフィックス)
 アデホビル (ヘブセラ)
 テノホビル (テノゼット、ペムリディ)

記入要領

- ・医療機関名、検査数値を () に記入してください
- ・検査年月日を記入してください

※検査回数が複数ある場合は直近の検査について記入

住所 _____

氏名 _____

県記入欄	認定審査欄				自己負担 限度額	甲 乙
	適	否	適	否		