

更新申請時確認表

第3号様式の3(その2)に医師の記載がない場合はこの用紙に記入の上、資料を添えて提出してください。

氏名	生年月日	現在お持ちの受給者証の 交付年月日
	昭和 平成 年 月 日	年 月 日



現在お持ちの受給者証の交付日以降の次の2種類の書類を必ず添付してください。



検査内容が分かる書類
(検査結果通知など)の写しを添付してください。

治療内容が分かる資料
(お薬手帳や薬剤情報提供書など)の該当ページの写しを添付してください。

B型肝炎ウイルスマーカー		
項目	数値等を記入、又は該当するものに○	検査年月日
必ず記入 HBs抗原量		
HBe抗原	(+ ・ -)	
HBe抗体	(+ ・ -)	
必ず記入 HBV-DNA定量		
HBVコア関連抗原量		

投与されている薬 必ず記入	
処方日	投薬されている薬に○を付けてください
バラクルード (エンテカビル)	
ゼフィックス	
テノゼット	
ベムリディ	

血液検査 必ず記入		
項目	数値等を記入	検査年月日
AST		
ALT		
血小板数(PLT)		

画像診断 必ず記入	
検査年月日	
いずれかに○ 腹部超音波 ・ CT ・ MRI	

申請者確認欄
 必要な項目に記載し、資料を添付しました。

保健所受付担当確認欄
 必要な項目に記載があること及び資料が添付されていることを確認しました。