

# 更新申請時確認表

第3号様式の2(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	平成 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。  
※画像診断は検査年月日がわかる資料で可。

B型肝炎ウイルスマーカー	
検査年月日	必ず記入
HBs抗原量	可能な限り記入
HBe抗原	( + ・ - )
HBe抗体	( + ・ - )
HBV-DNA定量	必ず記入
HBVコア関連抗原量	

## 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。

投与されている薬	
処方日	必ず記入
バラクルード 又はエンテカビル	投与されている薬に○
ゼフィックス	投与されている薬に○
ヘプセラ	投与されている薬に○
テノゼット	投与されている薬に○
ベムリディ	投与されている薬に○

## 血液検査

検査年月日	必ず記入
AST(GOT)	必ず記入
ALT(GPT)	必ず記入
血小板数(PLT)	必ず記入

## 画像診断

検査年月日	必ず記入
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。