

更新の診断書(様式-2の4)に代えて、 資料の提出による更新申請を希望される方へ

診断書の提出を省略する場合は、診断書の代わりに、下記の(A)(B)両方の資料を添付し【診断書(様式-2の4)に代えて提出する資料】の太枠の中をご自身で記入の上、提出ください。

※なお、添付される資料はコピー(鮮明なもの)でかまいません。

(A) **直近の検査内容が分かる資料** ※過去1年以内の検査結果のうち最新のもの。

検査内容の例

- ・ HBV-DNA 定量
 - ・ AST、ALT の値
 - ・ 画像診断(腹部)の所見
 - ・ 血小板数 等
- この3つの内容は
必須です!

提出資料の具体例：検診・人間ドッグの結果の写し
検査結果報告書の写し 等

※集める資料がよく分からない場合には、
別紙2【医療機関の皆様へ】を医療機関窓口にご提示ください。

検査結果報告書		
氏名: 石川 太郎	依頼日	●月●●日
	報告日	●月●●日
検査項目	結果	基準値
AST	××	◆-◇◇
ALT	○○	# #-★★
血小板数	□□	◎◎-※※
HBV-DNA	◇◇	ケンシュセス
画像診断 (所見) ▲▲◆◆☆☆☆☆☆		

(B) **受けている治療内容(服用薬)が分かる資料**

これらのいずれかのお薬が記載された部分の写しをご提出ください

- ・ バラクルード
- ・ エンテカビル
- ・ ゼフィックス
- ・ ヘプセラ
- ・ テノゼット
- ・ ベムリディ

提出資料の具体例：お薬手帳の写し
薬剤情報提供書の写し 等

直近の処方において、核酸アナログ製剤のお薬を飲んでいることが分かる資料の写し。

(C) **【診断書(様式-2の4)に代えて提出する資料】**

太枠の中をご自身で記入の上、提出ください。

(医療機関に記入してもらうものではありません。)

【診断書(様式-2の4)に代えて提出する資料】の太枠の中を記入

※資料等が不足している場合には、追加の提出をお願いしております。

※従来の更新用の核酸アナログ製剤治療の診断書(様式-2の4)の提出でも更新は可能です。

【診断書(様式-2の4)に代えて提出する資料】

更新(診断書の省略)

※太枠の中をご自身で記入ください。

申請者氏名	性別	生年月日	受給者番号
	男・女	明 昭 大 平 年 月 日	
1 「様式-2の4 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(核酸アナログ製剤治療)」に代えて、(A)と(B)を提出します。 2 添付資料について、石川県から医療機関等へ照会することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____			

(A) 直近の検査内容が分かる資料

※確認欄をチェック☑し、太枠の中をご自身で記入ください。

確認欄	検査項目	結果値	検査日/医療機関
<input type="checkbox"/>	HBV-DNA 定量	_____ log IU/ml _____ log copies/ml 増幅シグナル + -	年 月 日 (医療機関名) _____
※「HBV 核酸定量」「HBV リアル」「HBV-DNA TMA 法」と記載されている場合もございます。これらの検査が未実施の場合には、「HBs 抗原」や「HBcrAg(B型肝炎ウイルスコア関連抗原)」の検査結果が分かる資料をご用意ください。			
<input type="checkbox"/>	AST(GOT)	_____ IU/l	年 月 日
<input type="checkbox"/>	ALT(GPT)	_____ IU/l	(医療機関名) _____
<input type="checkbox"/>	画像診断(腹部)及び肝生検	方法: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他()	年 月 日 (医療機関名)

(B) 受けている治療内容(服用薬)が分かる資料

※服用薬をチェック☑し、太枠の中をご自身で記入ください。

服用薬	治療薬剤の種類(併用の場合は複数選択)	薬を処方した医療機関及び主治医
<input type="checkbox"/>	バラクルード錠、エンテカビル錠	エンテカビル (医療機関名)
<input type="checkbox"/>	ゼフィックス錠	ラミブジン
<input type="checkbox"/>	ヘプセラ錠	アデホビル
<input type="checkbox"/>	テノゼット錠	テノホビル ジソプロキシフマル酸塩錠
<input type="checkbox"/>	ベムリディ錠	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩錠
		(処方医名)

前回の受給者証申請時からの治療薬剤の変更はありますか。該当する方を○で囲んでください

1. あり 変更前薬剤名() 2. なし