

# 診断書に代わる資料チェックリスト

(肝炎治療受給者証・核酸アナログ製剤治療の更新申請用)

ご自身で記入, をつけて申請書・検査結果等の資料と一緒に提出してください。

※1, 2は現在の受給者証の2つ前の受給者証の始期以降の, 1番新しい資料を提出してください。

※3, 4は現在の受給者証の有効期間内の, 1番新しい資料を提出してください。

※1~4は原本でなく, コピーでの提出が可能です。(A4の用紙にコピーしてください。)

※不足がある場合, すべて揃うまで協議を保留にします。

氏名	現在(更新前)の 受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
----	-----------------------	---------------

1 血液検査 (検査報告書など, 検査結果が分かる資料)		検査日
<input type="checkbox"/>	HBs抗原 (HBs-Ag)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	HBe抗原 (HBe-Ag)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	HBe抗体 (HBe-Ab, 阻害率)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	HBV-DNA定量 (核酸定量, リアルタイムPCR, TaqManPCR, PCR(IU))	年 月 日
<input type="checkbox"/>	AST (GOT)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	ALT (GPT)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	血小板数 (PLT)	年 月 日

受付記入欄

2 画像診断又は肝生検 (検査結果又は診療明細書)		検査日
<input type="checkbox"/>	例) 腹部超音波(エコー), CT, MRI, 肝生検など	年 月 日

受付記入欄

3 治療内容 (治療薬と調剤日が分かる資料)		調剤日
<input type="checkbox"/>	例) お薬手帳, 薬剤情報提供書など	年 月 日

受付記入欄

4 肝疾患専門医療機関を受診したことの分かる資料 (※1~3の資料で分かる場合は省略可)		受診日
<input type="checkbox"/>	例) 診療明細書, お薬手帳など 医療機関名 ( )	年 月 日

受付記入欄