

# 治療内容確認表

診断書以外の場合はこの用紙も記入の上、提出してください。

氏名	生年月日(和暦)

交付日を記入してください。

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。

1

検査内容がわかる書類(検査結果通知など)の写しを添付してください。

交付日以降の検査日を記入してください。

平成 年 月 日

検査項目	検査数値を記入してください。
AST	
ALT	
HBV-DNA ※「HBV定量」「HBV RT-PCR」「HBV核酸定量」「HBV核酸リアル」などと表記されることもあります。 ※HBV-DNAの検査をしていない場合は、B型肝炎ウイルスコア関連抗原(HBcrAg)の結果を記載・添付してください。	

※AST、ALT、HBV-DNAは必須項目です。上記検査結果が記載されたものをご提出ください。



2

現在投与している薬がわかる資料(お薬手帳など)の該当ページの写しを添付してください。

交付日以降の処方日を記入してください。

平成 年 月 日

薬の名前	飲んでいるものに○をつけてください。
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	



お薬手帳