様式第５号（その３）（第５関係）

肝炎治療受給者証（核酸アナログ製剤治療）の更新申請に係る検査及び治療内容の確認書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生　年　月　日（ 年 齢 ） |
| 患者氏名 |  | 男・女 | 年　　　 月　　　 日　生（満　　　　歳） |
| 医療機関名  主治医名 | （医療機関名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（主治医名） | | |

（注）上記医療機関は，県と肝炎治療特別促進事業に係る覚書を締結している保健医療機関（治療実施医療機関等）であることが必要です。

前回の更新日以降で直近の治療内容及び処方日がわかるものを資料貼付欄①に貼り付けてください。また，前回の更新日以降で，直近の検査結果及び検査日がわかる資料を貼付欄②に貼り付けてください。

|  |
| --- |
| 資料貼付欄①（治療内容がわかる資料）  ※貼り付ける前に，下記治療薬剤名及び処方日が漏れなく記載されているか御確認ください。なお，記載漏れのある場合は認定できないことがあるので，御注意ください。  １　治療内容の例示（一般名（製品名））  □エンテカビル　　　　□ラミブジン　　　□アデホビル　　□テノホビル　　　□テノホビルアラフェナミド  　（バラクルード®）　　（ゼフィックス®）　（ヘプセラ®）　（テノゼット®）　（ベムリディ®）  ２　処方日  　　　　　　　　　　　　年　　　月　　日  ３　薬剤変更の有無　　□　有　　□　無  　　　　　　　　　　（有の場合　前薬剤 　　　　　　現薬剤　　　　　　　　　　年　　月　変更） |

|  |
| --- |
| 資料貼付欄②（検査結果がわかる資料）  ※貼り付ける前に下記検査項目及び検査日が漏れなく記載されているか御確認ください。また，前回の更新日以降で，直近の検査結果及び検査日がわかる資料を貼付欄②に貼り付けてください。  １　ウイルスマーカー　　　　　　　　　　　　２　血液検査  　　□　HBV－DNA定量（単位・測定法）　　　□　AST　　　□　ALT　　　□　血小板数  ３　検査日  　　　　　　　　　　　年　　　月　　日 |

診断書に代えて確認書を提出する場合，画像診断等による検査所見に関する資料の添付は不要です。ただし，肝炎ウイルスに感染している方は慢性肝炎から肝硬変，肝がんへと進行する場合があります。定期的に医療機関を受診し，血液検査や画像検査を受けて肝臓の状態（肝炎の活動度，病期など）を正しく知っておくことが大切です。

核酸アナログ製剤の治療を継続して行うために必要となる検査は，助成の対象となります。画像検査などは肝がんを早期に発見するために非常に有効な検査ですので，定期的な検査を推奨します。検査の実施に当たっては，主治医等とよく御相談ください。