

※太枠の中をご記入ください。

受給者氏名	性別	生年月日	受給者番号
		大・昭 平・令 年 月 日	
病名	B型慢性肝炎 ・ B型代償性肝硬変 ・ B型非代償性肝硬変		
1 肝炎治療費助成（核酸アナログ製剤治療）の更新申請に係る診断書（様式2-4）に代えて、 本書、(A)及び(B)を提出します。 2 添付資料について、岐阜県から医療機関等へ照会することに同意します。 令和 年 月 日 申請者氏名 _____			

以下、AとBの資料を添付してください。

- (注) 1. 各検査結果（検査日）は、申請日から**3か月以内**の資料を添付すること。
 2. 当該様式は、**申請者本人が記載**すること。

(A) 直近の検査内容が分かる資料

※確認欄をチェック☑し、太枠の中をご記入ください。

確認欄	検査項目	結果値（単位）	検査日/医療機関/主治医
<input type="checkbox"/>	HBV-DNA定量 【ウイルスマーカー】	()	年 月 日 (医療機関名)
<input type="checkbox"/>	HBs抗原【ウイルスマーカー】	+ ・ -	(主治医)
<input type="checkbox"/>	HB e抗原【ウイルスマーカー】	+ ・ -	
<input type="checkbox"/>	HB e抗体【ウイルスマーカー】	+ ・ -	
<input type="checkbox"/>	AST【血液検査】		年 月 日 (医療機関名)
<input type="checkbox"/>	ALT【血液検査】		(主治医)
<input type="checkbox"/>	血小板数【血液検査】	()	
<input type="checkbox"/>	画像診断・肝生検などを実施したことが分かる資料 ・検査名(超音波、CT、MRI等)が記載された診療明細書 方法：☐超音波 ☐CT ☐MRI ☐肝生検 ☐その他 ()		年 月 日 (医療機関名) (主治医)

(B) 治療内容（服用薬）がわかる資料

※服用薬をチェック☑し、太枠の中をご記入ください。

服用薬	治療薬剤	医療機関/主治医
<input type="checkbox"/>	エンテカビル水和物	バラクルード錠、エンテカビル錠
<input type="checkbox"/>	ラミブジン	ゼフィックス錠
<input type="checkbox"/>	アデホビル ピボキシル	ヘプセラ錠
<input type="checkbox"/>	テノホビル ジソプロキシルフマル酸塩	テノゼット錠
<input type="checkbox"/>	テノホビル アラフェナミドフマル酸塩	ベムリティ錠
<input type="checkbox"/>	その他 ()	()

前回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