

治療内容確認表 (検査結果通知(写)やお薬手帳(写)等と一緒に提出してください)

氏名	生年月日(和暦)



交付年月日を記入してください。

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。

年 月 日

検査項目(必須)	検査数値を記入してください。
AST	
ALT	
HBV-DNA	

検査結果通知

検査結果報告書		
検査日	令和	年 月 日
氏名	〇〇	〇〇
検査項目	結果	基準値
AST	× ×	▲▲-▲▲
ALT	〇〇	■-■
HBV-DNA	●●	ケンシュツセス

2

現在投与している薬がわかる書類(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。

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

薬のお薬の説明書です			
●服用する前に必ずお読みください。	名まえ、効能、効果	のしかた	色・形、記号
1	バラクルード	1日1回空腹時	
2			

薬剤情報提供書