

# 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

検査結果通知

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

薬名	用法	色・形	注意事項
1 バラクルード	1日1回空腹時		主な副作用として、頭痛、下痢、鼻咽喉炎、背骨痛、不眠症などが報告されています。このような症状が現れたら、担当の医師または薬剤師に相談してください。
2	...	...	...

薬剤情報提供書