

対象検査項目及び上限回数

定期検査		検査項目	回数
血液検査	血液学的検査	末梢血液一般〔赤血球数、白血球数、血色素（ヘモグロビン）測定、ヘマトクリット値、血小板数〕、末梢血液像、プロトロンビン時間測定（PT）、活性化トロンボプラスチン時間測定（APTT）	年4回まで
	生化学的検査（Ⅰ）	AST（GOT）、ALT（GPT）、ALP、 γ -GTP（ γ -GT）、総ビリルビン（BIL/総）、直接ビリルビン（BIL/直）、総蛋白（TP）、アルブミン（Alb）、ChE、総コレステロール（Tcho）	
	生化学的検査（Ⅱ）	α -フェトプロテイン（AFP）、PIVKA-II、 α -フェトプロテインレクチン分画（AFP-L3%）	
	免疫学的検査	HBe 抗原、HBe 抗体	
	微生物学的検査	HBV 核酸定量（HBV-DNA）	
画像検査		腹部エコー（腹部超音波検査）	年4回まで
		造影CTもしくは造影MRI または単純CTもしくは単純MRI	年2回まで