

肝炎治療受給者証（3剤併用療法を除くインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

ふりがな 患者氏名	性別		生年月日（年齢）	
	男	女	明・大・昭・平	日生（満 歳）
住 所	郵便番号			
	電話番号（ ）			
診断年月	年	月	前医 （あれば記 載する。）	医療機関名 医師名
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2 C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース。</p> <p>(2) 過去の3剤併用療法（ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤）の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。</p> <p>（具体的な理由： ）</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。</p>			
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）（注）1、2参照</p> <p>(1) HBs 抗原（ + ・ - ）</p> <p>(2) HBe 抗原（ + ・ - ） HBe 抗体（ + ・ - ）</p> <p>(3) HBV-DNA 定量 _____（単位： _____、測定法 _____）</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー（検査日： 年 月 日）（注）1、2参照</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 _____（単位： _____、測定法 _____）</p> <p>(2) ウイルス型（該当する項目を○で囲む。）</p> <p>ア) セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ 1 a, 1 b</p> <p>イ) セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ 2 a, 2 b</p> <p>3 血液検査（検査日： 年 月 日）（注）1、2参照</p> <p>AST _____ IU/l（施設の基準値： _____ ~ _____）</p> <p>ALT _____ IU/l（施設の基準値： _____ ~ _____）</p> <p>血小板数 _____ /μl（施設の基準値： _____ ~ _____）</p> <p>4 画像診断及び肝生検などの所見（検査日： 年 月 日）（注）1、2参照</p> <p>（検査方法） _____（所見） _____</p>			

診 断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)
肝がんの合併	肝 が ん 1 あり 2 なし
治療内容	該当番号を○で囲む。 1 インターフェロン α 製剤単独 2 インターフェロン β 製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロン α 製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロン β 製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 その他(具体的に記載) 治療予定期間 週 治療開始年月(予定含む) 年 月
診断書記載医師	(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリーの場合、以下の項目にチェックが必要です。) <input type="checkbox"/> 診断書を記載する医師は日本肝臓学会肝臓専門医である。
治療上の問題点	
医療機関名 及び 所在地	記載年月日: 年 月 日
医師氏名	印

(注)

- 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
- 2 HBs 抗原、HBe 抗原、HBe 抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記載してください。
- 3 記入漏れのある場合は、認定できないことがあるので、ご注意ください。