

肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目の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 年 月 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><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</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 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>3 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>			

