

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）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"/> 1 インターフェロン治療歴あり。(該当項目を○で囲む)</p> <p style="margin-left: 20px;">ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効）</p> <p style="margin-left: 20px;">イ 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（薬剤名： )</p> <p style="margin-left: 40px;">3剤併用療法（中止・再燃・無効）</p> <p style="margin-left: 20px;">ウ 上記以外の治療</p> <p style="margin-left: 20px;">(具体的に記載 )</p> <p><input type="checkbox"/> 2 インターフェロンフリー治療歴あり。</p> <p style="margin-left: 20px;">(薬剤名： ) (中止・再燃・無効)</p>																																									
検 査 所 見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 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 style="margin-left: 20px;">(1) HCV-RNA 定量（単位： , 測定法 )</p> <p style="margin-left: 20px;">(2) ウイルス型（該当する方を○で囲む。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セロタイプ（グループ）1、あるいは ジェノタイプ 1 a, 1 b</li> <li>・セロタイプ（グループ）2、あるいは ジェノタイプ 2 a, 2 b</li> <li>・上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ3 a, 3 b, その他）</li> </ul> <p>2 血液検査（検査日： 年 月 日）（注）1、2参照</p> <p style="margin-left: 20px;">AST IU/l（施設の基準値： ~ )</p> <p style="margin-left: 20px;">ALT IU/l（施設の基準値： ~ )</p> <p style="margin-left: 20px;">ヘモグロビン g/dl（施設の基準値： ~ )</p> <p style="margin-left: 20px;">血小板数 /μl（施設の基準値： ~ )</p> <p style="margin-left: 20px;">eGFR mL/分/1.73 m<sup>2</sup>（施設の基準値： ~ )</p> <p style="margin-left: 20px;">その他の血液検査所見（必要に応じて記載）</p> <p>3 Child-Pugh 分類（検査日： 年 月 日）</p> <p style="text-align: right;">該当する□にチェックを入れる</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度（I・II）</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡（III以上）</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5 超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8 未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70 超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40 未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0 未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0 超</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">合計： ___ 点（ A ・ B ・ C ）（該当する方を○で囲む）</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 style="margin-left: 20px;">(検査方法) (所見)</p>							結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度（I・II）	<input type="checkbox"/> 昏睡（III以上）	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満	プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満	総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超
		結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度（I・II）	<input type="checkbox"/> 昏睡（III以上）																																				
	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																				
アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満																																					
プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満																																					
総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超																																					

