

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 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	
陽性結果	該当する記号を○で囲む。 1. 陽性結果の把握の時期 ア 1年以内 イ 1年より前 ウ 不明 2. 陽性結果を把握した検診等 カ 自治体の検診 キ 職場の検診 ク 入院・検査時 ケ その他			
過去の 治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <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。 （具体的な経過・理由： _____） 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。（薬剤名： _____） <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。			
検 査 所 見	1 B型肝炎ウイルス マーカー及び血液検査	今回の治療開始前の所見を記入する。 （検査日： _____年 _____月 _____日）（注）1、2参照 該当する方を○で囲む (1) HBs 抗原（ + ・ - ） (2) HBe 抗原（ + ・ - ） HBe 抗体（ + ・ - ） (3) HBV-DNA 定量 _____（単位： _____、測定法 _____） (4) AST _____ IU/l（施設の基準値： _____ ~ _____） ALT _____ IU/l（施設の基準値： _____ ~ _____） 血小板数 _____ / μl（施設の基準値： _____ ~ _____）		
	2 C型肝炎ウイルス マーカー及び血液検査	今回の治療開始前の所見を記入する。 （検査日： _____年 _____月 _____日）（注）1、2参照 (1) HCV-RNA 定量 _____（単位： _____、測定法 _____） (2) ウイルス型（該当する項目を○で囲む。） ア) セロタイプ（グループ）1、あるいはジェノタイプ 1a, 1b イ) セロタイプ（グループ）2、あるいはジェノタイプ 2a, 2b (3) AST _____ IU/l（施設の基準値： _____ ~ _____） ALT _____ IU/l（施設の基準値： _____ ~ _____） 血小板数 _____ / μl（施設の基準値： _____ ~ _____）		
	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 （検査方法） _____（所見）		

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 記載日前6か月以内(ただし、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。