

肝炎治療受給者証（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3剤併用療法）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>1 インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 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 上記以外の治療</p> <p style="margin-left: 20px;">（具体的に記載 ( )（中止・再燃・無効）</p> <p>2 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（該当する項目を○で囲む。）</p> <p style="margin-left: 40px;">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 style="margin-left: 40px;">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>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>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 style="margin-left: 20px;">（検査方法） ( )（所見）</p>		
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）</p> <p>2 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）</p>		

