様式第４号－９

新 規

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 男 ・ 女	生年月日（年齢） 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	該当する記号を〇で囲む。 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	該当する項目にチェックする。 □ １ インターフェロン治療歴あり。（該当項目を〇で囲む） 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 ） 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： ） ３剤併用療法（ 中止 ・ 再燃 ・ 無効 ） ウ 上記以外の治療 （具体的に記載 ） □ ２ インターフェロンフリー治療歴あり。 （薬剤名： ）（中止 ・ 再燃 ・ 無効）		

検査所見

今回の治療開始前の所見を記入する。

１ C型肝炎ウイルスマーカー （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 （該当する方を〇で囲む。）

・セロタイプ（グループ）１ 、あるいは ジェノタイプ １a，１b

・セロタイプ（グループ）２ 、あるいは ジェノタイプ ２a，２b

・上記のいずれも該当しない（ジェノタイプ３a，３b，その他）

２ 血液検査 （検査日： 年 月 日） （注）１、２参照

AST	IU/l	（施設の基準値：	～ ）
ALT	IU/l	（施設の基準値：	～ ）
ヘモグロビン	g/dl	（施設の基準値：	～ ）
血小板数	/μl	（施設の基準値：	～ ）
eGFR	mL/分/1.73㎡	（施設の基準値：	～ ）

その他の血液検査所見（必要に応じて記載）

３ Child-Pugh 分類（検査日： 年 月 日）

該当する□にチェックを入れる

	結果	施設基準値	１点	２点	３点
肝性脳症			□ なし	□ 軽度（Ⅰ・Ⅱ）	□ 昏睡（Ⅲ以上）
腹水			□ なし	□ 軽度	□ 中等度以上
アルブミン値（g/dL）		～	□ 3.5 超	□ 2.8～3.5	□ 2.8 未満
プロトロンビン時間（%）		～	□ 70 超	□ 40～70	□ 40 未満
総ビリルビン値（mg/dL）		～	□ 2.0 未満	□ 2.0～3.0	□ 3.0 超

合計： ＿＿ 点 （ Ａ ・ Ｂ ・ Ｃ ）（該当する方を〇で囲む）

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

（検査方法） （所見）

（様式第４号－９　非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療診断書（新規）ウラ面）

診　　断	該当番号を〇で囲む。 １　非代償性肝硬変　（Ｃ型肝炎ウイルスによる）　※Child-Pugh 分類Ｂ及びＣに限る
肝がんの合併	肝　が　ん　　１　あり　　２　なし
治療内容	インターフェロンフリー治療（薬剤名：　　） 治療予定期間　　週　　治療開始年月（予定含む）　　年　　月
治療上の問題点	
診断書記載医師	この診断書の記載には、次のいずれかに該当することが必要です。 該当する項目にチェックを入れてください。 □　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。 □　診断書を記載する医師は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医である。

上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると判断します。

記載年月日：　　年　　月　　日

医療機関名　及び　所在地

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、３剤併用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。
４　本診断書は日本肝臓学会肝臓専門医又は山口県が指定する肝炎研修会の受講を修了した日本消化器病学会消化器病専門医が記載することとする。