

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	

(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。