様式第４号－１

**新規**

肝炎治療受給者証（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□　３剤併用療法の治療歴なし。□　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　□　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）　□　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（該当する項目を〇で囲む。）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） |

（様式第４号－１　インターフェロン治療診断書（新規）ウラ面）

|  |  |
| --- | --- |
| 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。）* 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 |  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　及び　所在地医師氏名 |

（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。