

肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目の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
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</p>				
検 査 所 見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (注) 1、2参照</p> <p>(1) HBs 抗原 (+ ・ -)</p> <p>(2) HBe 抗原 (+ ・ -) HBe 抗体 (+ ・ -)</p> <p>(3) HBV-DNA 定量 _____(単位: , 測定法)</p>				
	<p>2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (注) 1、2参照</p> <p>AST _____IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>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>(検査方法) (所見)</p>				

