

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	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	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 1 インターフェロン治療歴あり。(該当項目を○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) <input type="checkbox"/> 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○で囲む) ・セロタイプ(グループ) 1、あるいは ジェノタイプ 1 a, 1 b ・セロタイプ(グループ) 2、あるいは ジェノタイプ 2 a, 2 b ・上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ3 a, 3 b, 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 m ² (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) <div style="text-align: right;">該当する□にチェックを入れる</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5 超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8 未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70 超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40 未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0 未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0 超</td> </tr> </tbody> </table>							結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満	プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満	総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超
		結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度 (I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡 (III以上)																																					
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																					
アルブミン値 (g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5 超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8 未満																																					
プロトロンビン時間 (%)		~	<input type="checkbox"/> 70 超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40 未満																																					
総ビリルビン値 (mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0 未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0 超																																					
合計: ____ 点 (A ・ B ・ C) (該当する方を○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)																																										

診 断	該当番号を○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、次の項目に該当することが必要です。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医
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	

(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 本診断書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載することとする。