

## 肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

ふりがな 患者氏名			性 別	生年月日(年齢)	
			男・女	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	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れる。 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	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1 B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原(+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原(+・-)HBe抗体(+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量_____ (単位: 、測定法 ) (検査日: 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量_____ (単位: 、測定法 ) (2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。) ア セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 イ セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2 3 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / $\mu$ l (施設の基準値: _____ ~ _____) 4 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見: )				
診 断	該当番号を○で囲む。 1 B型慢性肝炎 2 C型慢性肝炎 3 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる。)				
H C C の 合 併	1 HCC治療歴(あり・なし) 2 現在治療の必要なHCC合併(あり・なし)				
治 療 内 容	該当番号を○で囲む。 1 インターフェロン $\alpha$ 製剤単独 2 インターフェロン $\beta$ 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 $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロン $\beta$ 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( 年 月 ~ 年 月)				
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 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は、いずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会肝臓専門医 □ 大分県肝疾患診療協力医療機関の肝疾患担当責任者(日本消化器病学会消化器専門医) 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 HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン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。