

第2号様式(その4) (第4条関係)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)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)	医療機関名		
			医師名		
過去の治療歴	<p>該当する場合は、<input type="checkbox"/>にチェックを入れる。</p> <input type="checkbox"/> 治療歴なし(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり (チェックを入れた場合、これまでの治療内容について該当項目を○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: )				
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 1 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 ウ 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )				
診断	2 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 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____)				
HCCの合併	3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)				
	(所見: )				
治療内容	4 (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C(該当するものを○で囲む。)				
	該当番号を○で囲む。 1 C型慢性肝炎      2 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類Aに限る。				
治療上の問題点	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)				
医師氏名	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 治療予定期間 週( 年 月 ~ 年 月)				
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日 (いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> ア 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> イ 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) <input type="checkbox"/> ウ ア及びイ以外の者でインターフェロンフリー治療に係る診断書の作成実績がある者				

(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。