

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(新規)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)
住所	〒 - TEL ( )		
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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> 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。 →直前の治療がインターフェロンフリーの場合、今回の治療は日本肝臓学会肝臓専門医によるものとする。		
検査所見	今回の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 (+・-) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む) (検査日: 年 月 日) HBe抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____LogIU/ml または _____Logコピー/ml (Real time PCR法によること) (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_____LogIU/ml(Real time PCR法によること) (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 ALT _____IU/l 血小板数 _____万/μl 4. 画像診断及び肝生検などの所見(特記すべきものがあれば) (検査日: 年 月 日) (所見) ※具体的に記載		
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 (治療中 制御) 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 ( 年 月~ 年 月)		
治療上の問題点			
上記のとおり診断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 印 (医師自署または記名押印) 下記の該当する項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 専門医療機関 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医			

(注)

- この診断書は、専門医療機関または日本肝臓学会肝臓専門医または日本消化器病学会専門医が記載してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- 肝がんの治療中の方は公費助成の対象外です。