

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			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			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 <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。				
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 セロタイプ グループ1・グループ2 (該当する方を○で囲む。) 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 _____ /μl (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。)				
HCC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					
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日 (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) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 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 (印)				

(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。