

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

| | | | | | |
|------------|--|---------------|-------|--------------|--|
| 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) | 医療機関名 | 医師名 | |
| 過去の治療歴 | <p>該当する項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</p> | | | | |
| 検査所見 | <p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>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)</p> <p>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: _____~_____) 血小板数 _____/μl (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (所見:)</p> | | | | |
| 診断 | <p>該当する項目にチェックを入れる。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる)</p> | | | | |
| 肝がんの合併 | 肝がん 1 あり 2 なし | | | | |
| 治療内容 | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 ペグインターフェロン製剤単独 2 その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p> | | | | |
| 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 | |
| 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。