

肝炎治療受給者証(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3剤併用療法)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	該当する場合□にチェックを入れる。 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし <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. 上記以外の治療 (具体的に記載：) (中止・再燃・無効) 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	今回の治療開始前の所見を記入する。 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 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： ~) ヘモグロビン g/dl (施設の基準値： ~) 血小板 / μ l (施設の基準値： ~) 3 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 C型慢性肝炎 2 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	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 治療予定期間 24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 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用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。
- 4 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする(副作用治療は除く。)