

第2号様式(その4)(第4条関係)

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(再治療)

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□にチェックを入れる。</p> <p>1 インターフェロン治療歴</p> <p>□ 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。)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>ウ 上記以外の治療 (具体的に記載:) (中止・再燃・無効)</p> <p>2 インターフェロンフリー治療歴</p> <p>□ インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名:)</p> <p>□ 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。</p>				
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>2 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板 _____ /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)</p> <p>(所見:)</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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。)</p>				
HCCの合併	<p>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)</p>				
治療内容	<p>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</p> <p>治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)</p>				
治療上の問題点					
<p>上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>(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)</p> <p>□ 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p>□ 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)</p> <p>医師氏名 ㊟</p>					

(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。)