

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書

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	該当する項目にチェックする。チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり 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 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:) ウ 上記以外の治療(具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名:)(中止・再燃・無効)																																									
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 ウ 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 2 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ U/L (施設の基準値: ~) ALT _____ U/L (施設の基準値: ~) 血小板 _____ /uL (施設の基準値: ~) その他の血液検査所見(必要に応じて記載) [] 3 Child-Pugh分類(検査日: 年 月 日)																																									
	該当する□にチェックを入れる																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/>昏睡(III以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>なし</td> <td><input type="checkbox"/>軽度</td> <td><input type="checkbox"/>中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/>3.5超</td> <td><input type="checkbox"/>2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/>2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/>70超</td> <td><input type="checkbox"/>40~70</td> <td><input type="checkbox"/>40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/>2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/>2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/>3.0超</td> </tr> </tbody> </table> 合計: _____ 点(A・B・C)(該当する方を○で囲む)							結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
		結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(III以上)																																					
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																					
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																					
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																					
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																					
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 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類B及びCに限る。																																									
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	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 週(年 月~ 年 月)																																									
本診断書 を作成す る医師	以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 ※再治療の場合、以下のイ~エに該当する場合は、本診断書に第2号様式(その9)の意見書が添付されている場合に限る。 <input type="checkbox"/> ア 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> イ ア以外の日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> ウ 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) <input type="checkbox"/> エ ア、イ及びウ以外の者でインターフェロンフリー治療に係る診断書の作成実績がある者																																									
治療上の 問題点																																										
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 医師氏名 (印)																																										

(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、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。