

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(2回目の制度利用)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)		
患者氏名		男・女	明・昭 大・平	年 月 日生	(満 歳)
住 所	郵便番号 電話番号 ( )				
診断年月	昭和・平成 年 月	前 医 (あれば記載)	医療機関名	医師名	
過去の治療歴	<p>該当する方にチェックをする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合  <input type="checkbox"/> これまでの治療はペグインターフェロン製剤ではない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合  (1)過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴  <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。  ①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。  ②これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース。</p> <p>(2)過去の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: )</p> <p>(3)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。</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: 平成 年 月 日)  (2) HBe抗原 ( + ・ - ) HBe抗体 ( + ・ - ) (検査日: 平成 年 月 日)  (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)(検査日: 平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 年 月 日)  (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)  (2) ウイルス型 (該当する方を○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</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 平成 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>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日)  画像診断・肝生検 (左のいずれかを○で囲む)  画像診断の方法: _____  所 見: _____</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)  2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)  3. 代償性肝硬変 (C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(B型慢性活動性肝炎の場合は 3. のみが対象)。</p> <p>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(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 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 平成 年 月 日 電話番号 ( )		
(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"/> 日本消化器病学会消化器病専門医					
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。