

(様式2-1)

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(新規)

フリガナ		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 (あれば記載する)	医療機関名	医師名
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 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(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週投与が行われていなかった。 (具体的な経過・理由:) 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載する。 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) 2. 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 3. 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 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) 実施内容: 画像診断・肝生検(いずれかを○で囲む) 画像診断の方法: 所 見:			
診断	該当番号を○で囲む 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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり (1)治療中 (2)治癒後 2. なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。 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(ペガシス 又は ペグイントロン) いずれかに○印を付す。 7. その他(具体的に記載してください。) 治療予定期間 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	電話番号 ()
医師氏名	(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			

(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。