

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 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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>該当する方にチェックをする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合 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 これまでの治療において十分量の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル)による24週投与を受けていない。 以下の 、 のいずれにも該当しない。 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。 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 3剤併用療法の治療歴なし。 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 インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:) 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: 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)</p> <p>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: 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: 年 月 日) 実 施 方 法 : 画像診断・肝生検 (いずれかを で囲む) 画像診断の方法 :</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 (1)治療中 (2)治療後 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 製剤単独 2. インターフェロン 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 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン 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。)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 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 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) 日本肝臓学会肝臓専門医 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。