

肝炎治療受給者証(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	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (満 歳)	
住 所	〒 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 ☐ 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：) 2 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歴あり。(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。					
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 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 3 血液検査(検査日： 年 月 日) A S T IU/L (施設の基準値： ~) A L T IU/L (施設の基準値： ~) 血小板数 /μL (施設の基準値： ~) 4 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日： 年 月 日) (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 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 7 その他(具体的に記載：) 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		
(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チェックが必要) ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医 医師氏名 印 (自署の場合は押印不要)						

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。

注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。

注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。