

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(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	大正昭和年月日生 平成令和(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	該当する項目にチェックする。					
	1 B型慢性活動性肝炎の場合					
	<input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない					
	2 C型慢性肝炎又は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					
(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つた。 (具体的な経過・理由:)						
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。						
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) ウィルス型(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					
診断	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(検査日: 年月日) (所見:)					
	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
(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) <input type="checkbox"/> 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。