

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 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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1 B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><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</p> <p><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</p> <p>2 C型慢性肝炎又はC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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。</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)</p> <p><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</p> <p>(1) HBs 抗原(+-)(検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe 抗原(+-) HBe 抗体(+-)(検査日: 年 月 日)</p> <p>(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)</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 (単位: 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ 1</p> <p>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)</p> <p>A S T IU/L (施設の基準値: ~)</p> <p>A L T IU/L (施設の基準値: ~)</p> <p>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)</p> <p>(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)</p> <p>2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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。</p> <p>1 インターフェロンα製剤単独</p> <p>2 インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3 ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7 その他(具体的に記載:)</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		
<p>(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</p> <p>医師氏名 印</p> <p>(自署の場合は押印不要)</p>						

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。