

## 肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

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。 <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。				
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 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: _____ ~ _____)  3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年月日) (所見: _____)				
診断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B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 ペグインターフェロン製剤単独 2 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	
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。