

## 肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)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 (満歳)	日生
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	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む) ア ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) イ ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(薬剤名: 3剤併用療法(中止・再燃・無効) ウ 上記以外の治療 (具体的に記載: )					
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1 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 ウ)上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: ) 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(具体的に記載)(検査日: 年月日) (所見: ) 4 (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A · B · C(該当する方を○で囲む)					
診断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 2 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh分類Aに限る					
肝がんの合併	肝がん 1 あり 2 なし					
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 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		
(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) 記載日前6か月以内(ただし、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。