

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 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 | 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 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 / μ L (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。