

## 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 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><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。</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  (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)</p> <p>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 _____ /<math>\mu</math>L (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)  (所見: _____ )</p>				
診断	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (B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 ペグインターフェロン製剤単独  2 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		
			医師氏名 印		

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。