

<インターフェロンフリー治療実績報告書>

1 対象患者 ※ 氏名はイニシャル(姓・名)をお願いします(例:カゴシマ タロウ K・T)

氏名(イニシャル)	・	年齢	生年月日	西暦	年	月	日
性別	男性・女性	貴院ID					
診断名	1. C型慢性肝炎 2. C型代償性肝硬変		インターフェロン治療歴	あり・なし			

2 過去のインターフェロン治療内容

- インターフェロン単独 インターフェロン+リバビリン ペグインターフェロン+リバビリン、
- ペグインターフェロン+リバビリン+テラプレビル、 ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル
- ペグインターフェロン+リバビリン+パニプレビル

3 インターフェロンフリー治療内容

- ・ 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 (週間)
- ・ 治療内容 (薬剤名:)
- ・ セロタイプ [ゲノタイプでも可] (セロタイプ(グループ)1、 セロタイプ(グループ)2)
- ・ ウイルス量 (高ウイルス量・低ウイルス量)
- ・ インターフェロンフリー治療の途中中止 (あり、 なし) 中止週()週
- ・ 中止理由 (出来る限り詳細に記載下さい。)

- ・ 肝発癌の有無 (あり 治療前 治療中 治療後、 なし) ・ 肝発癌 初回診断日(年 月 日)

	開始前	4W	12W	24W(終了時)	終了4W後	終了12W後	終了24W後	直近
HCV-RNA量 (LogIU/ ml)								
WBC (/ μl)								
ヘモグロビン (g/ dl)								
血小板数 (/ μl)								
AST (IU/ l)								
ALT (IU/ l)								

4 インターフェロンフリー治療前薬剤耐性変異

耐性変異測定方法	
測定日	年 月 日
NS3およびNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

5 インターフェロンフリー治療後薬剤耐性変異

耐性変異測定方法	
測定日	年 月 日
NS3およびNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

6 次に予定している治療法と時期

再治療予定時期 年 月 ~ 年 月
 治療予定内容 (薬剤名:)

年 月 日

医師氏名: 印

医療機関名:

事務局記入欄