

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規) ①

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 明 昭 年 月 日 生 (満 歳) 大 平	
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 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	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由:) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。				
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:平成 年 月 日) (2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日:平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____(単位: , 測定法) (検査日:平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー(検査日:平成 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 3. 血液検査(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 白血球 _____ /μl ヘモグロビン _____ g/dl 空腹時血糖 _____ mg/dl AFP _____ ng/ml } 実施している場合は記入してください。 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日:平成 年 月 日) (具体的に記載)				
診断	該当番号を○で囲む。 1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)		肝がんの合併	1. あり (治療・治療中・未治療) 2. なし	
これまでの肝炎インターフェロン治療		1. あり(治療費助成を受けていない) ・ 2. なし			
治療上の問題点					
治療内容	●治療内容(該当番号を○で囲む。) 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載:) 治療予定期間 _____ 週(平成 年 月 ~ 平成 年 月) ●セロタイプ(あるいはゲノタイプ)1型高ウイルス量で、3剤併用療法を選択しない理由 { _____ } ※高ウイルス量とは、HCV-RNA定量が5.0LogIU/ml以上の場合をいう。				
医療機関名及び所在地			記載年月日 平成 年 月 日		
医師氏名 _____ 印 (直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は、いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 1. 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 2. 鹿児島県肝疾患診療連携ネットワーク研修会に過去1年以内に参加した医師 <input type="checkbox"/> 3. 上記1. 2のいない離島で肝疾患治療を行っている医師					

(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。
 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)。
 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。