

(様式第2号)

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)

フリガナ		性別	生年月日（年齢）	
患者氏名		男 女	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	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、リバビリンおよ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： 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） 2 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（該当する方を○で囲む。） セロタイプ(グループ)1、ジェノタイプ1・セロタイプ(グループ)2、ジェノタイプ2 3 血液検査（検査日： 年 月 日） AST _____ IU/1（施設の基準値： _____ ~ _____） ALT _____ IU/1（施設の基準値： _____ ~ _____） 血小板数 _____ / $\mu$ 1（施設の基準値： _____ ~ _____） 4 画像診断および肝生検などの所見（検査日： 年 月 日） （検査方法： _____） （所見： _____）			
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） 3 代償性肝硬変（C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）			
肝がんの 合 併	該当番号を○で囲む。 1 あり（治療中） 2 あり（治癒後） 3 なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。 1 インターフェロン $\alpha$ 製剤単独 4 インターフェロン $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 2 インターフェロン $\beta$ 製剤単独 5 インターフェロン $\beta$ 製剤+リバビリン製剤 3 ペグインターフェロン製剤単独 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 _____） 治療予定期間 週（ 年 月から 年 月まで）			
治療上の 問 題 点				
医療機関名および所在地	記載年月日		年	月 日
医師氏名	TEL		-	-
（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どちらかにチェックが必要） <input type="checkbox"/> 肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 《肝疾患に関する専門医療機関で肝炎の診療に当たっている医師》				

- 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りますので、御注意ください。