

(様式第2号-9)

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	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	該当する項目にチェックする。 <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。		
検査所見	今回のインターフェロン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 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 _____ / μ 1 (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 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)		
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 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 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。