

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）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 | <p>該当する場合、項目にチェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴あり。 (1. にチェックした場合) これまでの治療内容（該当項目を○で囲む） ア. ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ. 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（薬剤名：_____）の3剤併用療法（中止・再燃・無効） ウ. 上記以外の治療（具体的に記載：_____）</p> <p><input type="checkbox"/> 2. インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：_____）（中止・再燃・無効）</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 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</p> <p>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 _____ /μ1（施設の基準値：_____～_____） その他の血液検査など所見（必要に応じて記載）</p> <p>3 Child-Pugh 分類（検査日：_____年 月 日）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度（I・II）</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡（III以上）</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 軽度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値 (g/dL)</td> <td></td> <td>～</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5 超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8～3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8 未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 (%)</td> <td></td> <td>～</td> <td><input type="checkbox"/> 70 超</td> <td><input type="checkbox"/> 40～70</td> <td><input type="checkbox"/> 40 未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値 (mg/dL)</td> <td></td> <td>～</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0 未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0～3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0 超</td> </tr> </tbody> </table> <p>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：_____）</p> | | | | | | 結果 | 施設基準値 | 1点 | 2点 | 3点 | 肝性脳症 | | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度（I・II） | <input type="checkbox"/> 昏睡（III以上） | 腹水 | | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度以上 | アルブミン値 (g/dL) | | ～ | <input type="checkbox"/> 3.5 超 | <input type="checkbox"/> 2.8～3.5 | <input type="checkbox"/> 2.8 未満 | プロトロンビン時間 (%) | | ～ | <input type="checkbox"/> 70 超 | <input type="checkbox"/> 40～70 | <input type="checkbox"/> 40 未満 | 総ビリルビン値 (mg/dL) | | ～ | <input type="checkbox"/> 2.0 未満 | <input type="checkbox"/> 2.0～3.0 | <input type="checkbox"/> 3.0 超 |
| | 結果 | 施設基準値 | 1点 | 2点 | 3点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝性脳症 | | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度（I・II） | <input type="checkbox"/> 昏睡（III以上） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹水 | | | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 軽度 | <input type="checkbox"/> 中等度以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アルブミン値 (g/dL) | | ～ | <input type="checkbox"/> 3.5 超 | <input type="checkbox"/> 2.8～3.5 | <input type="checkbox"/> 2.8 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| プロトロンビン時間 (%) | | ～ | <input type="checkbox"/> 70 超 | <input type="checkbox"/> 40～70 | <input type="checkbox"/> 40 未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総ビリルビン値 (mg/dL) | | ～ | <input type="checkbox"/> 2.0 未満 | <input type="checkbox"/> 2.0～3.0 | <input type="checkbox"/> 3.0 超 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診 断 | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 非代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）※Child-Pugh 分類 B および C に限る。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝がんの合併 | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 あり（治癒後） 2 なし</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療内容 | <p>インターフェロンフリー治療 （薬剤名：_____） 治療予定期間 _____ 週（_____年 月 から _____年 月 まで）</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 _____ - _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>（いずれかにチェックが必要） <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の肝臓専門医 <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</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 記載日前6か月以内（ただし、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。