

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(2回目の制度利用)

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>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>①これまでの治療において、十分量のペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース</p> <p>②これまでの治療において、ペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース</p> <p>(2) 過去の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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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。</p> <p>(具体的な経過・理由: )</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )</p> <p><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。</p>			
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1 B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs 抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(検査日: 年 月 日)</p> <p>2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する方を○で囲む。)</p> <p>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>3 血液検査(検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4 画像診断および肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)</p> <p>(検査方法: )</p> <p>(所見: )</p>			
診 断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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)</p> <p>2 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)</p>			
肝がんの 合 併	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 あり(治療中)      2 あり(治癒後)      3 なし</p>			
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1 インターフェロンα製剤単独      4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>2 インターフェロンβ製剤単独      5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>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</p> <p>7 その他(具体的に _____)</p> <p>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>(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)</p> <p><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》</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 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。