

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(初回)

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)	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"/> 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について該当項目を○で囲む) ア. ペグインターフェロン及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:) 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:) <input type="checkbox"/> 2. インターフェロンフリー治療歴なし。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ LogIU/mL(Taq-Man法) _____ LogIU/mL(アキュジーン法) _____ KIU/mL(アンプリコア法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ① セロタイプ1 ・ セロタイプ2 ② ジェノタイプ(1a ・ 1b ・ 2a ・ 2b) ③ 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l ヘモグロビン _____ g/dl 血小板数 _____ × 万 / μl 3. 画像診断の所見 (画像診断の種類、肝腫瘍の有無は、必ず記載する。) (検査日: 年 月 日) (1) 画像診断の種類 [① 超音波 ② CT ③ MRI ④ その他()] (2) 肝腫瘍の有無 [有 ・ 無] (3) 所見(特記すべき所見を記載する。) 4. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 5. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当する方を○で囲む)		
診断	該当番号を○で囲む。 1. HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 2. C型代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類Aに限る		
肝がんの合併	肝がん 1. なし 2. あり (治療中 ・ 治癒後)		
治療内容	インターフェロンフリー治療 該当する治療番号を○で囲む。 1. レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療(ハーボニー配合錠) 2. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療(マヴィレット配合錠) 3. ソホスビル/ベルパタスビル配合錠による治療(エブクルーサ配合錠) 4. その他(薬剤名:) 治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
治療実施医療機関名	(※栃木県における「肝疾患に関する専門医療機関」での治療を原則とする。)		
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名	(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 印		

(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るので、ご注意ください。
4. 本診断書は、栃木県における「肝疾患に関する専門医療機関」の日本肝臓学会肝臓専門医又は日本消化器病学会専門医が発行することとします。
5. 栃木県における「肝疾患に関する専門医療機関」での治療を原則とします。