

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	〒		過去の医療費助成給付の有無	
	電話番号 ()		(有 ・ 無)	
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、リバビリン及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:)			
過去の治療歴	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。			
	十分量の3剤併用療法以外で、過去にインターフェロン治療歴がある場合、具体的な治療内容をご記載ください。 治療期間: 年 月~ 年 月			
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 (検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原 (+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原 (+ ・ -) HBe抗体 (+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)			
検査所見	2. 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. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ ×万/μl			
検査所見	4. 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。)			
	5. 肝生検の所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)			
診断	該当番号を○で囲む。 1. HBV-DNA陽性のB型慢性活動性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3. C型代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)			
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	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. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。) 治療予定期間 _____ 週 (年 月~ 年 月)			
	治療上の問題点			
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日		
(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には、チェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医				
医師氏名		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、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るので、ご注意ください。