

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	治療内容: 治療期間: 年 月 ~ 年 月 該当する方にチェックする。 1. B型慢性活動性肝炎の場合 <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。 ----- 2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (1)過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 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及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 ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及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 (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: ) (3)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。		
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 _____) 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) _____ KIU/mL(アンプリコア法) _____ LogIU/mL(アキュジーン法) (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 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			
機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名	(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 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。