

(様式第3-3号)

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)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	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による医療を受けている。		
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. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 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: _____)		
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)		
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. ペグインターフェロン製剤単独 2. 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	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。