

肝炎治療受給者証(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3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(再治療)

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。 1. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (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) (中止・再燃・無効) 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。		
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. 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) 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:)		
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)		
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	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(薬剤名:)3剤併用療法 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題点			
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。 記載年月日 年 月 日			
医療機関名及び所在地 (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. 本診断書は治療実施医療機関が発行してください。
 2. 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。
 3. 記載日前6か月以内(ただし、3剤併用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。
 4. 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。