（様式第３－９号）

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療）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）	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。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〇で囲む。 □ インターフェロン治療歴あり。 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：　　） □ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名　　）（中止 ・ 再燃 ・ 無効）		

※所見内容は、記載日前**6か月以内の**資料に基づくこと。（治療中の場合は、治療開始時）

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（ 該当する方を〇で囲む ）
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
その他の血液検査所見（必要に応じて記載）
〔　　〕

3. Child-Pugh分類 （**検査日：　　年　　月　　日**）

該当する□にチェックを入れる

	結果	施設基準値	1点	2点	3点
肝性脳症			□なし	□軽度（Ⅰ・Ⅱ）	□昏睡（Ⅲ以上）
腹水			□なし	□軽度	□中等度以上
アルブミン値（g/dL）		～	□3.5超	□2.8～3.5	□2.8未満
プロトロンビン時間（%）		～	□70超	□40～70	□40未満
総ビリルビン値（mg/dL）		～	□2.0未満	□2.0～3.0	□3.0超

合計：　　点 （ A・B・C ）（該当する方を〇で囲む）

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	該当番号を〇で囲む。 1. C型非代償性肝硬変（ C型肝炎ウイルスによる ） ※Child-Pugh分類B及びC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 （ 薬剤名 ： 　　） 治療予定期間　　週 （　　年　　月 ～　　年　　月）
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療歴のある場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □ 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 □ 日本肝臓学会肝臓専門医で、別紙意見書を添付している医師
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。）

上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療を行う必要があると診断します。

医療機関名及び所在地　　記載年月日　　年　　月　　日

医師氏名　　印　　（チェックが必要） □日本肝臓学会肝臓専門医

（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。