

(様式第2-1)

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	(〒 -) (電話)		
診断年月	年 月	前医(あれば 記載する)	医療機関名 医師氏名
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□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 □ 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)の治療歴なし。 □ 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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) □ 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
検査所見	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_____ (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 セロタイプ(グループ) 1 ・ セロタイプ(グループ) 2 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/L (施設の基準値: _____~_____) ALT _____ IU/L (施設の基準値: _____~_____) 血小板数 _____ /μL (施設の基準値: _____~_____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)		
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)		
肝がんの合併	該当する方を○で囲む 肝がん 1. あり(治療中・治癒後) 2. なし		
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. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 5. 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は、いずれかにチェックが必要) □ 日本肝臓学会肝臓専門医 □ 長崎県が適当と定める医師			
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りますので、ご注意ください。