

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 )		
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	<p>(本欄の内容を確認のうえ、 にチェック(✓)を入れてください)</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合          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た。          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。</p> <p>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          以下の 、 のいずれにも該当しない。          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          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          3剤併用療法の治療歴なし。          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: )</p> <p>(3)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。</p>		
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日)          (1)HBs抗原(+・-) HBe抗原(+・-) HBe抗体(+・-)          (2)HBV-DNA定量 (単位: 、測定法 )</p> <p>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)</p> <p>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 _____ /<math>\mu</math>L (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日)</p>		
診断	<p>該当番号を で囲む</p> <p>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)</p>		
肝がんの合併	<p>該当する方を で囲む</p> <p>肝がん 1. あり(治療中・治癒後) 2. なし</p>		
治療内容	<p>該当番号を で囲む</p> <p>1. インターフェロン 製剤単独          2. インターフェロン 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 )</p> <p>治療予定期間 週( 年 月 ~ 年 月)</p>		
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。