

肝炎治療受給者証（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</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p>（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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>① 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</p> <p>② 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</p> <p>（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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名： ）</p> <p><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。</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）</p> <p>（1）HBs抗原（+・-） HBe抗原（+・-） HBe抗体（+・-）</p> <p>（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）</p> <p>（1）HCV-RNA定量_____（単位： 、測定法 ）</p> <p>（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）</p> <p>AST _____ IU/L （施設の基準値： _____ ~ _____）</p> <p>ALT _____ IU/L （施設の基準値： _____ ~ _____）</p> <p>血小板数 _____ /μL （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）</p> <p>2. 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる）</p> <p>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（B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象）。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>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	
<p>（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）</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 長崎県が適当と定める医師</p>			
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。