

(様式第2-3)

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（3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	（該当する項目に□にチェック（✓）を入れてください） <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。		
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. 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 ） 2. 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 _____ / μ L （施設の基準値： _____ ~ _____） 3. 画像診断及び肝生検などの所見（検査日： 年 月 日） （所見： _____）		
診 断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎（B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・治療後） 2. なし		
治療内容	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）。 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. 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
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。