

(様式第2-6)

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンプリー治療)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	該当する□にチェック(✓)する。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (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○で囲む) 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:)		
検査所見	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_____ (単位: 、測定法) (2) ウイルス型(該当する方を○で囲む) ア. セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ 1 イ. セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ 2 ウ. 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 (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) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)		
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる) ※Child-Pugh 分類 Aに限る		
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. ソホスブビル及びリバビリン併用療法 2. レジバスビル/ソホスブビル配合錠 3. エルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法 4. グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤 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		
(いずれかにチェックが必要)	<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 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、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。