

肝炎治療受給者証(インターフェロンフリー治療)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	明 昭 大 平	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ()				
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	該当する方にチェックする。 <input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 2. インターフェロン治療歴あり。 (2. にチェックした場合、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: 平成 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。) 2. 血液検査 (検査日: 平成 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見: _____) 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	肝がん 1. あり 2. なし (肝がんの治療歴: 年 月 治療内容:)				
治療内容	インターフェロンフリー治療 1. ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法 2. レジパスビル/ソホスビル配合錠 3. オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤 4. エルバスビル及びグラソプレビル併用療法 5. ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラプリル塩酸塩配合錠 6. ソホスビル及びリバビリン併用療法 7. オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
治療上の問題点					
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日				
医師氏名	(チェックが必要) <input type="checkbox"/> 私は日本肝臓学会肝臓専門医です。 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るので、ご注意ください。