

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	<p>該当する方にチェックする。</p> <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	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 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 (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: )						
	<p>(注) 2. に基づき記入してください。</p> 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: _____ ~ _____)						
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> 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	<p>肝がん 1. あり 2. なし          (肝がんの治療歴: 年 月 治療内容: )</p>						
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> 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/ソホスブビル配合錠 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ゾプレビル併用療法 5. ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠 6. ソホスブ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		
(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。							
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るので、ご注意ください。