

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回目制度利用)

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	年 月 日 生		(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する。)	医療機関名 医師名	
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合  <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  (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  <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。  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。  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。  (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  <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。  <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。  (具体的な経緯・理由: )  (3) インターフェロンフリー治療歴  <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴なし。  <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: )  <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  (注) 2. に基づき記入してください。	<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  (1) HBs抗原 (+/-) (検査日: 年 月 日)  (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (検査日: 年 月 日)  (3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法: ) (検査日: C11 年 月 日)</p> <p>2. 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(該当する方にチェックを入れる。)  <input type="checkbox"/> セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 <input type="checkbox"/> セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)  AST (施設の基準値: ~ )  ALT (施設の基準値: ~ )  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)  2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)  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	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独  2. インターフェロンβ製剤単独  3. ペグインターフェロン製剤単独  4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤  5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤  6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤  7. 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			
医師氏名	印			
(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、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。				

(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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、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るので、ご注意ください。