

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請にかかる診断書(新規)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)		
患者氏名			男・女	大平令	年 月 日(満 歳)	
住所	電話番号 ()					
診断年月	平成・令和 年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名			
過去の治療歴	<p>C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。</p> <p>1. 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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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。 (具体的な経過・理由:)</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)</p> <p><input type="checkbox"/> 直近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	<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</p> <p>(1) HBs抗原(+-) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 (単位: 、測定法) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: 、測定法)</p> <p>(2) ウイルス型(該当番号を○で囲む)</p> <p>①セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 ②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:令和 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>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(具体的に記載) (検査日:令和 年 月 日)</p> <p>[所見]</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)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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	<p>肝がん 1. あり 2. なし</p>					
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</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>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 (令和 年 月~令和 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 令和 年 月 日		
(直近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"/> 日本消化器病学会専門医		<input type="checkbox"/> 診断書作成医師届を提出した医師		
医師氏名			印			
県記入欄	認定審査欄				自己負担 限度額	甲 乙
	適	否	適	否		

(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。