

(様式第2-6号)

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フリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 大平 昭 令 年 月 日生 (満 歳)		
住所	郵便番号 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>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:)</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なし。</p>					
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. 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</p> <p>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> <p>(3) 耐性変異の有無 (有・無・未実施)</p> <p>2. 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 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 令和 年 月 日) (所見: _____)</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)</p>					
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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</p>					
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし					
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> <p>(薬剤名: _____)</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					
医師氏名	<p>(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</p> <p>印</p>					
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. 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。