

肝炎治療受給者証(シメプレビルを含む3剤併用療法)の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 明昭 年 月 日生 (満 歳) 大平
住所	〒 ー 電話番号 ( )		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記入してください。)	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. 治療歴なし(初回治療例) <input type="checkbox"/> 2. 治療歴あり (2. にチェックした場合)これまでの治療内容(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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤(テラプレビル)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: )		
3剤併用療法の再治療について	上記2. イに該当する場合はチェックが必要。 <input type="checkbox"/> テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプレビルを含む3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。		
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: )		
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。)		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリン及びシメプレビル3剤併用療法 治療予定期間 24 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	記入年月日 平成 年 月 日		
医師氏名	印		

(注)

1. 診断書の有効期間は、記入日から起算して3月以内です。
2. 記入日前6月以内(ただし、3剤併用治療中の場合は治療開始時)の資料に基づいて記入してください。
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。
4. 本診断書は、治療実施医療機関が発行することとします。