

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

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	〒 - 電話番号 ( )		
診断年月	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	<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。                  (具体的な経過・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	<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: 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(該当する項目を○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</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)                  AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)                  ALT _____ IU/l (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(異常がない場合も、その旨を記入してください。)                  (検査日: 年 月 日)                  (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)                  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(治療中・治療終了) 2 なし		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む(B型慢性活動性肝炎の場合は、3のみが対象)。</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: )</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			

(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。