

肝炎治療受給者証(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3剤併用療法)の
交付申請に係る診断書(再治療)

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	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療) <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (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。) 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・シメプレビル・パニプレビル) 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: _____) (中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。 <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。				
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: _____ 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 (該当する方を○で囲んでください。) 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 2 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: _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl (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: _____ 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、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法 (シメプレビル・その他 _____ 該当項目を○で囲んでください。) 治療予定期間 24 週 (_____ 年 月 ~ _____ 年 月)				
治療上の問題点					
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた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します。					
医療機関名及び所在地				記入年月日 _____ 年 月 日	
医師氏名 _____					

(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することが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。