

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・再治療)

フリガナ			性別	生年月日(年齢)	
患者氏名			男・女	年 月 日生 (満 歳)	
住所	〒 - 電話番号 ()				
診断年月	年 月	前医 (あれば記載してください。)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	<p>該当する場合にチェックする。</p> <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) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載:) <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) (中止・再燃・無効)				
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 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 ウ) 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:) 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: _____ ~ _____) 血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3 ソホスブビル及びリバビリン併用療法の場合 ソホスブビルの場合 eGFR _____ ml/分/1.73m ² 心疾患又はその既往(あり・なし) リバビリン併用の場合 Hb _____ g/dl CCr _____ ml/分 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 5 (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲んでください。) 6 その他 (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) ※Child-Pugh分類Aに限る				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名:) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)				
治療実施について	該当する方にチェックする(いずれかにチェックがないと助成対象となりません。) <input type="checkbox"/> 1 日本肝臓学会肝臓専門医が治療を実施 <input type="checkbox"/> 2 日本消化器病学会消化器病専門医のうち県が認める研修会を受講した医師が治療を実施				
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することができないことがあるので、ご注意ください。
4. 診断書記載医は、日本肝臓学会肝臓専門医及び県が認める研修を受講した日本消化器病学会消化器病専門医
5. 再治療の場合の診断書記載医師は、日本肝臓学会肝臓専門医又は県が認める研修を受講した日本消化器病学会消化器病専門医で、別紙意見書を添えている医師