

第 11 号様式の 2 (第 8 関係)

年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院長 様

医療機関名 _____

医療機関住所 _____

記載者 職・氏名 _____

連絡先 _____

肝炎インターフェロン治療医療機関の認定審査資料として、下記のとおり提出
します。

記

○インターフェロン治療を行った直近の 5 症例について記入してください。
(5 症例に満たない場合には、経験症例全てについて記入してください。)

	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	HBV HCV	serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス
	症 例 ①	【性別・年齢】		
【治療内容】				
【副作用】 出現時期及び対処方法並びに結果について				
①貧血：				
②白血球減少：				
③血小板減少：				
④眼底所見：				
⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他：				

症例 ②	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	HBV HCV	serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス
	【性別・年齢】			【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効
	【治療内容】			
	【副作用】 出現時期及び対処方法並びに結果について			
	①貧血：			
	②白血球減少：			
③血小板減少：				
④眼底所見：				
⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他：				
症例 ③	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	HBV HCV	serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス
	【性別・年齢】			【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効
	【治療内容】			
	【副作用】 出現時期及び対処方法並びに結果について			
	①貧血：			
	②白血球減少：			
③血小板減少：				
④眼底所見：				
⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他：				

症例 ④	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	HBV HCV	serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス
	【性別・年齢】			【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効
	【治療内容】			
	【副作用】 出現時期及び対処方法並びに結果について			
	①貧血：			
	②白血球減少：			
③血小板減少：				
④眼底所見：				
⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他：				
症例 ⑤	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	HBV HCV	serotype1 serotype2 高ウイルス 低ウイルス
	【性別・年齢】			【治療結果】 終了 ・ 中断 ・ Seroconversion ・ SVR ・ ICR ・ 無効
	【治療内容】			
	【副作用】 出現時期及び対処方法並びに結果について			
	①貧血：			
	②白血球減少：			
③血小板減少：				
④眼底所見：				
⑤精神症状・呼吸器・甲状腺・その他：				