

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

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	郵便番号			
	電話番号 ()			
診断年月	昭和・平成・令和 年 月	前医 (あれば記載)	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"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。			
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。(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。)</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 _____ (検査日: 年 月 日) (単位: Logコピー/ml・Log IU/ml・cpm、測定法:TMA法、PCR法) ウイルス型(A・B・C・D・その他) (検査日: 年 月 日) ※可能ならば、一度測定してください。</p> <p>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: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>			
診断	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B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	<p>該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週 (令和 年 月 ~ 令和 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 令和 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. 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。