

## 肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	明 昭 大 平	年 月 日 生 (満 歳)
郵便番号 住 所 電話番号	( )			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名	医師名
過去の 治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 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: ) 2. 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"/> 直近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。(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。) 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: Meq/ml・LGE/ml・Logコピー/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。 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 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む) ※測定してある場合は、ジェノタイプを記載してください( 型) 3. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 万/ul ヘモグロビン _____ g/dl 総ビリルビン _____ mg/dl 血清アルブミン _____ g/dl プロトロンビン活性 _____ % (INR: ) クレアチニン _____ mg/dl eGFR _____ ml/分/1.73m <sup>2</sup> 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見)			
診断	該当番号を○で囲む。 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)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容	該当番号を○で囲む。 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: ) 治療予定期間 24・36・48 週 (令和 年 月～令和 年 月)			
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。