

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 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 年 月 日生（満 歳）
住所	郵便番号 電話番号（ ）		
診断年月	年 月	前医 （あれば記載する） 医師名	医療機関名
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. 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 _____（単位： 、測定法 ）（検査日： 年 月 日） 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（該当する項目を○で囲む） 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 3. 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 _____ /μl（施設の基準値： _____ ~ _____） 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	1. あり（治療中） 2. なし（肝がん治癒後も含む）		
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 _____ 週（ 年 月 ~ 年 月）		
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 （直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はいずれかにチェックが必要） <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療経験がある日本消化器病学会専門医 医師氏名 印		

（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. 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。
3. 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。