

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(2回目の制度利用)

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	郵便番号 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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けた。</p> <p><input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合</p> <p>(1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース。</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケース。</p> <p>(2) 過去の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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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:)</p> <p>(3) インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療あり。(薬剤名:)</p> <p><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。</p>				
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。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型 (該当する項目を○で囲む)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見:)</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>				
肝がんの合併	<p>1. あり(治療中) 2. なし(肝がん治癒後も含む)</p>				
治療内容	<p>該当番号を○で囲む(B型慢性活動性肝炎の場合は3のみが対象)。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 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 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。