

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	今回のインターフェロン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 (該当する方を○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) <table border="0" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">AST (GOT)</td> <td style="width: 20%;">IU/l</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;">アルブミン値</td> <td style="width: 10%;">g/dl</td> </tr> <tr> <td>ALT (GPT)</td> <td>IU/l</td> <td></td> <td>総ビリルビン値</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>/μl</td> <td></td> <td>クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μl</td> <td></td> <td>HbA1c</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 4. 画像診断の所見 (具体的に記載) (検査日: 年 月 日) (所見) 5. 肝生検の所見 (行った場合に具体的に記載する) (検査日: 年 月 日) (所見)					AST (GOT)	IU/l		アルブミン値	g/dl	ALT (GPT)	IU/l		総ビリルビン値	mg/dl	血小板数	/μl		クレアチニン	mg/dl	白血球数	/μl		HbA1c	%	ヘモグロビン	g/dl			
AST (GOT)	IU/l		アルブミン値	g/dl																										
ALT (GPT)	IU/l		総ビリルビン値	mg/dl																										
血小板数	/μl		クレアチニン	mg/dl																										
白血球数	/μl		HbA1c	%																										
ヘモグロビン	g/dl																													
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. 有 2. 無																													
合併症	1. うつ症状の有無 (1. 有 2. 無) 2. アルコール依存症で治療歴がある (1. 有 2. 無) 3. その他の合併症 (1. 有 2. 無) 有の場合はその疾病名: () 4. 自己免疫性疾患の有無 (1. 有 2. 無)																													
治療内容	現在又は今後必要とする治療について該当する番号を○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 (代償性肝硬変の場合) 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)																													
既往歴																														
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"/> 日本消化器病学会専門医																														
医師氏名 (記名・押印または署名)																														
治療医療機関名																														

(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. 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。
 4. 「治療医療機関名」の欄は、診断書作成医と治療を行う医療機関が異なる場合、診断書作成医が記載してください。