

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 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
前回の治療	<p>* 該当する場合、<input type="checkbox"/> (チェックボックス) にチェックしてください。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合  <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  (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  <input type="checkbox"/> これまでの治療において十分量の3剤併用療法 (ペグインターフェロン、リバビリン及びテラプレビル) による24週投与を受けていない。  <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。  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  ② これまでの治療において、ペグインターフェロンおよ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  (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  <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: )  (3) 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。</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  (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)</p> <p>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</p> <p>3. 血液検査 (検査日: 年 月 日)  AST (GOT) IU/l アルブミン値 .  ALT (GPT) IU/l 総ビリルビン値 .  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</p> <p>4. 画像診断の所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>5. 肝生検の所見 (行った場合に記載する) (検査日: 年 月 日)</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)  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)</p>		
肝がんの合併	肝がん 1. 有 2. 無		
合併症	<p>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 )</p>		
治療内容	<p>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。</p> <p>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 )</p>		
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。