

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	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	
	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する□にチェックを入れてください。 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。			
過去の治療歴 【必須】				
検査所見 【必須】	今回のインターフェロン治療開始直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 (+・-) (検査日： 年 月 日) 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 セログループ1・セログループ2・その他 (該当する方を○で囲む) ゲノタイプ1a・1b・2a・2b・その他 (該当する方を○で囲む) 3. 血液検査 (検査日： 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ ×10 ⁴ / μl eGFR _____ mL/min/1.73m ² BUN _____ mg/dl クレアチン _____ mg/dl Ca _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) リン _____ mg/dl・未実施 (未実施なら○で囲む) 4. 画像診断および肝生検などの所見 (具体的に記載) (検査日： 年 月 日)			
診断 【必須】	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)			
合併症 【必須】	1. なし 2. あり ()			
肝がんの合併 【必須】	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容 【必須】	1 該当する□にチェック (レ点) を記入する <input type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 再治療 2 該当番号を○で囲む 1. インターフェロンα製剤 (1回投与量 単位) 2. インターフェロンβ製剤 (1回投与量 単位) 3. ペグインターフェロン製剤 (1回投与量 μg) 4. リバビリン製剤 (服用量 mg) 5. その他 (具体的に記載してください。) ※申請者体重 _____ kg 治療予定期間 週 (年 月 日～ 年 月 日)			
治療上の問題点				
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する <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医である。 <input type="checkbox"/> 全治療期間を通して、福岡県肝疾患専門医療機関と連携して治療を実施することが可能な医師である。 【連携している肝疾患専門医療機関名： _____】				
医療機関名および所在地			記載年月日 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. 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（但し、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。