（様式－2の5）

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書
（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3剤併用療法）

新規

フリガナ		性別	生年月日（年齢）
患者氏名		男・女	明・昭 大・平　　年　　月　　日 生　　（満　　歳）
住所	郵便番号 電話番号　　（　　）		
診断年月	昭和・平成 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	該当する項目にチェック（☑）を入れてください。 1．インターフェロン治療歴 ☐ インターフェロン治療歴なし。 ☐ インターフェロン治療歴あり。 （チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲んでください。） ア．ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法（中止・再燃・無効） イ．上記以外の治療 （具体的に記載：　　）（中止・再燃・無効） 2．インターフェロンフリー治療歴 ☐ インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　　） ☐ 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．C型肝炎ウイルスマーカー（検査日：平成　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 2．血液検査（検査日：平成　年　月　日） AST _____ IU／l　（施設の基準値：_____～_____） ALT _____ IU／l　（施設の基準値：_____～_____） ヘモグロビン _____ g／dl　（施設の基準値：_____～_____） 血小板数 _____ ／μl　（施設の基準値：_____～_____） 3．画像診断及び肝生検などの所見（具体的に記載）（検査日：平成　年　月　日） 方法：☐超音波　☐CT　☐MRI　☐肝生検　☐その他（　　） （所見：　　）		
診断	該当番号を○で囲む。 1．慢性肝炎　（C型肝炎ウイルスによる） 2．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．あり　2．なし		
治療内容	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（薬剤名：　　）3剤併用療法 治療予定期間 24 週　（平成　年　月 ～ 平成　年　月）		
治療実施医療機関について	（テラプレビルを含む3剤併用療法の場合、以下の項目にチェック（☑）がない場合は助成対象となりません。） ☐ 日本肝臓学会肝臓専門医が常勤する医療機関である。 ☐ 当該患者の3剤併用療法の実施に当たり、日本皮膚科学会が認定する専門医主研修施設又は研修施設に勤務する日本皮膚科学会皮膚科専門医と連携している。		
治療上の問題点			

上記のとおり診断します。患者本人に対し、3剤併用療法の効果・副作用等について説明しました。

記載年月日　平成　年　月　日

医療機関名及び所在地

（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）

☐ 日本肝臓学会肝臓専門医

☐ 石川県肝疾患診療連携拠点病院または専門医療機関に所属の日本消化器病学会専門医

医師氏名　　印（署名又は押印）

（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．記載日前6か月以内（ただし、3剤併用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．本診断書は治療実施医療機関が発行することとします。