

## 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(インターフェロンフリー治療)

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。 <input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴あり。 (1. にチェックした場合、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. 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(中止・再燃・無効) ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: )				
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 ウ) 上記ア、イのいずれにも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: ) 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: _____ ~ _____) 血小板 _____ /ul (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: <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 肝生検 <input type="checkbox"/> その他( ) (所見: ) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (←該当する方を○で囲む。)				
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) ※Child-Pugh分類Aに限る				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)				
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、インターフェロンフリー治療の効果・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  (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"/> 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 <span style="float: right;">(印) (署名又は押印)</span>					

(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、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。