

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療)

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) 明・昭 大・平 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	<p>該当する項目にチェック(☑)を入れてください。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合</p> <p><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た。</p> <p><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</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。</p> <p>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。</p> <p>② これまでの治療において、ペグインターフェロン及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。</p> <p>(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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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:)</p> <p>(3)インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)</p> <p><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</p> <p>(1) HBs抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日)</p> <p>(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)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>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)</p> <p>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 年 月 日)</p> <p>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()</p> <p>(所見:)</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)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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. あり 2. なし		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>		
治療上の 問題点			
<p>上記のとおり診断します。患者本人に対し、インターフェロン治療の効果・副作用等について説明しました。</p> <p>記載年月日 年 月 日</p> <p>医療機関名及び所在地</p> <p>(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)</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p><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</p> <p>医師氏名 (印) (署名又は押印)</p>			

(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。