

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)

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	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(R)を入れてください。 <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン治療(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。				
検査所見	今回のインターフェロン治療開始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 (+・-) 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. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / μ l (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: 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: _____)				
診断	該当する場合、 <input type="checkbox"/> にチェック(R)を入れてください。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(B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	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤単独 2. その他(具体的に記載: _____) 治療予定期間 _____ 週 (_____ 年 月 ~ _____ 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、インターフェロン治療の効果・副作用等について説明しました。 記載年月日 _____ 年 月 日 医療機関名及び所在地 _____ 医師氏名 _____ (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. 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。