

肝炎治療受給者証（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療）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	
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 <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○で囲む） 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： 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： 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 _____ /μl（施設の基準値： _____ ~ _____） 3. 画像診断及び肝生検などの所見（検査日： 年 月 日） （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（治療中） 2. なし（肝がん治癒後も含む）			
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（ 年 月 ~ 年 月）			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日	
（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"/> インターフェロン治療経験がある日本消化器病学会専門医 医師氏名 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、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。