

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

新規

※インターフェロン治療の2回目の制度利用に係る診断書は様式第2-2を、B型慢性活動性肝炎に対する3回目の制度利用に係る診断書は様式第2-10を使用してください。

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	明治・昭和 大正・平成	年 月 日 生(満 歳)
住所等	郵便番号 ー 住所 電話番号			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師氏名	
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <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:) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <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。			
検査所見	今回の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(検査日: 年 月 日) (1)HBs抗原(+ ・ -) (該当する方を○で囲む。) (2)HBe抗原(+ ・ -)、HBe抗体(+ ・ -) (該当する方を○で囲む。) (3)HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) 2 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 セロタイプ(グループ)1 ・ セロタイプ(グループ)2 ・ 判定不能 3 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 _____ × 10 ⁴ / μL (施設の基準値: _____ ~ _____) 4 画像診断及び肝生検などの診断法及び所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) 診断法: (腹部エコー ・ CT ・ MRI ・ その他()) 所見: 5 AST、ALTが正常値の場合の慢性肝炎と診断した根拠			
診断	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる) 3 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(治療後も含む)			
治療内容	該当番号を○で囲む。 1 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 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				
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日	
(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チェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 _____ 医師氏名				

(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、治療開始予定月前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。
- 4 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、この診断書を作成する医師は原則として日本肝臓学会肝臓専門医です。患者に特別の事情があり、専門医を受診できない場合には最寄りの保健所にご相談ください。