

## 肝炎治療受給者証(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3剤併用療法)の交付申請に係る診断書(再治療)

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)	
住所	郵便番号 住 所 電話番号 ( )				
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴なし。(未治療)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>(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)</p> <p>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)</p> <p>イ. ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤(テラプレビル)3剤併用療法 (中止・再燃・無効)</p> <p>ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: ) (中止・再燃・無効)</p> <p>2. 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>				
3剤併用療法の再治療について	<p>上記1. のイ. に該当する場合はチェックが必要。</p> <p><input type="checkbox"/> テラプレビルを含む3剤併用療法の治療歴があるが、シメプレビルを含む3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断する。</p>				
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. 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 セロタイプ(グループ)1・セロタイプ(グループ)2 (該当する方を○で囲む。)</p> <p>2. 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>ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)</p> <p>(所見: _____)</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。)</p> <p>2. 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	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 治療予定期間 24 週 (年 月 ~ 年 月)				
治療上の問題点					
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を行うことが適切であると判断します。					
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実績のある医師 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療実績のある医師					
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、3剤併用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. 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。