

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

| | | | | |
|--|--|---------------|----------|-------|
| フリガナ 患者氏名 | | 性別 | 生年月日(年齢) | |
| | | 男・女 | 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. B型慢性活動性肝炎の場合 <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 (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 <input type="checkbox"/> 以下の①、②のいずれにも該当しない。 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 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 (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 <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:) (3)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。</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 (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)</p> <p>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 (該当する方を○で囲む。)</p> <p>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 _____ /μl (施設の基準値: _____~_____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (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) 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)</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 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: _____)</p> <p>治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)</p> | | | |
| 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 | | | | |

(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。