

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)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			
	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。 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た。 <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。 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 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。) 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: ~) 4 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)			
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"/> 京都府指定医(登録番号: 番)		
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 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。
 4 「京都府指定医」とは、京都府肝疾患専門医療機関の医師で、京都府が別途定める研修の修了者をいいます。