

インターフェロンフリー(新規)

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 | 明治・昭和<br>大正・平成    | 年 月 日生 | (満 歳) |
| 住所等                                                       | 郵便番号 _____<br>住所 _____<br>電話番号 _____ ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |     |                   |        |       |
| 診断年月                                                      | 年 月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 前医<br>(あれば記載) | 医療機関名<br>医師氏名 |     |                   |        |       |
| 過去の治療歴                                                    | 該当する項目にチェックする。<br><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴 なし。<br><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴 あり。(あり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)<br>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)<br>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(薬剤名: _____)<br>3剤併用療法 (中止・再燃・無効)<br>ウ. 上記以外の治療<br>(具体的に記載: _____) (中止・再燃・無効)                                                                                                                                                                                    |               |               |     |                   |        |       |
| 検査所見                                                      | 今回の治療開始前の所見を記入する。<br>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: _____ 年 月 日)<br>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)<br>(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<br>2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日)<br>AST _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>ALT _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>血小板 _____ × 10 <sup>4</sup> /μL (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日)<br>(診断法: 腹部エコー ・ CT ・ MRI ・ その他( _____ ) )<br>(所見: _____ )<br>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。<br>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br>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 2 なし(治療後も含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |               |     |                   |        |       |
| 治療内容                                                      | 該当番号を○で囲む。<br>1 ダクラタスビル及びアスナプレビル併用療法<br>2 ソホスビル及びリバビリン併用療法<br>3 レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療<br>4 オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療<br>5 オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法<br>6 エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法<br>7 ダクラタスビル・アスナプレビル・ベクラブビル配合錠による治療<br>8 グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療<br>9 その他(具体的に記載: _____ )<br>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 |        |       |
| (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. 治療開始予定月前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。
4. 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が、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。