

3回目の制度利用

肝炎治療受給者証(B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

※インターフェロンの新規申請に係る診断書は様式第2-1を、2回目の制度利用の申請に係る診断書は様式第2-2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 _____ 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	該当する項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> これまでにインターフェロン製剤(ペグインターフェロン製剤を除く)による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。		
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 (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 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: _____ ~ _____) 3 画像診断及び肝生検などの所見(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: _____		
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)		
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 ペグインターフェロン製剤単独 2 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
医師氏名			

- 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。