

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(新規)

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		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)	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 治療歴なし。 治療歴あり。 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 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) イ. 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 インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名: ) 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) (1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型(該当する方を で囲む。) ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>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: _____ ~ _____) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____ ~ _____) 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) 画像診断・肝生検 (左のいずれかを で囲む) 画像診断の方法: _____ 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。) 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(テラプレビル・シメプレビル・パニプレビル)3剤併用療法(該当する1つを○で囲む。) 治療予定期間 24 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
			電話番号	( )
(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) 日本肝臓学会肝臓専門医 日本消化器病学会消化器病専門医				
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。