

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	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>該当する場合、チェックする。          インターフェロン治療歴あり          (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. 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: )          3剤併用療法 (中止・再燃・無効)          ウ. 上記以外の治療          (具体的に記載: )</p>				
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。          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          ウ) 上記のいずれにも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: )          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 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____)          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 (左のいづれかを○で囲む)          画像診断の方法:          所 見:          4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当する方を○で囲む)</p>				
診断	<p>該当番号を で囲む。          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) Child-Pugh分類Aに限る。</p>				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療          (薬剤名: )          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
				電話番号	( )
(いづ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、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。