

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書（非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療・再治療用）

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )		
診断年月 (不明の場合は 現医療機関の 診断時期)	____年__月 ____年頃 (月が不明の場合は下段)	前医 (※)	医療機関名
治療歴	(該当する項目にチェックする。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。) 1 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり。 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、リバビリン及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: ) 2 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: )(中止・再燃・無効)		
検査所見 ※今回の治療前の 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(該当する項目を○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 上記のいずれも該当しない (ジェノタイプ検査データがある場合には記載: ) 2 血液検査 (検査日: 年 月 日) (検査結果との対比上必要なので、施設での基準値も必ず記載する。) 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 ____ 万/ $\mu$ l (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) (慢性肝炎又は代償性肝硬変であることを示す画像診断上又は病理診断上の具体的な所見を必ず記載する。) (所見: ) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 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 なし又は治療後 2 あり(治療中) (該当番号を1つ○で囲む。)		
治療内容	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)		
本診断書を作成する医師	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医又は <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医で、別紙意見書を添付している医師		
治療上の問題点 (※)			
(医療機関) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: 年 月 日 電話番号 ㊟ (医師が署名又は記名押印してください)		

- (注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3月以内です。  
 2 記載日前6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 ※のある欄は、該当事項がある場合に記載してください。  
 4 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。