

様式第2号の3 (第4条関係) (用紙 日本工業規格A4縦型)

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療・3回目用)

フリガナ		性別	生年月日 (年齢)
氏名		男・女	年 月 日 (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
過去の 治療歴	B型慢性活動性肝炎 (該当する場合にチェックする。) <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 ※インターフェ ロン治療3回目 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 (+・-) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) 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: _____ ~ _____) 血小板数 _____ 万/μl (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。)		
診断	診断は以下に該当する。 <input type="checkbox"/> 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 なし又は治療後 2 あり (治療中) (該当番号を1つ〇で囲む。)		
3回目の 治療内容	該当番号を1つ〇で囲む。(上記診断に対し、保険適用外の治療内容は認定できないので注意する。) 1 ペグインターフェロン製剤単独 2 その他 () (具体的に記載する。) 治療予定期間 (24週・48週・その他(週)) (該当するものを〇で囲む。) (____年 ____月 ~ ____年 ____月)		
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 B型肝炎ウイルスマーカーのHBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は6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 ※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御注意ください。