

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・新規用）

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
過去の治療歴	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、下記1及び2の該当する項目をチェックする。 1 3剤併用療法(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)の治療歴 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: ) 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: ) <input type="checkbox"/> 直近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。		
検査所見 ※インターフェロン治療開始前の所見を記入する。	1 肝炎ウイルスマーカー(診断病名に対応する方を必ず記載する。)		
	B型肝炎ウイルスマーカー	C型肝炎ウイルスマーカー	
	(1) HBs 抗原 (+・-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe 抗原 (+・-) HBe 抗体 (+・-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日)	(1) HCV-RNA 定量 _____ (単位: _____、測定法: _____) (検査日: 年 月 日) (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 判定不能	
	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。)		
	4 特記事項(※) (過去のインターフェロン治療歴やB型の併用療法治療歴を、ここに記載する。)		
診断	該当番号を1つ○で囲む。 1 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる。) 2 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) 3 代償性肝硬変 (C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○で囲む。)		
治療内容	該当番号を1つ○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 インターフェロンα製剤単独 2 インターフェロンβ製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロンα製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 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) ) (該当する方を○で囲む。) ( 年 月 ~ 年 月)		
治療上の問題(※)			
(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 医師氏名 (医師が署名又は記名押印してください)		
	(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にはいずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会認定肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会認定消化器病専門医		

(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、記載日前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、ご注意ください。