

(様式2-7)

肝炎治療受給者証(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	明昭 大平	年 月 日生	(満 歳)
住所	郵便番号					
	電話番号 ()					
診断年月	昭和・平成 年 月	前医 (あれば記 載)	医療機関名 医師名			
過去の治療歴	該当する場合、チェックする。 <input type="checkbox"/> インターフェロン治療あり (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:)					
検査所見	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: 平成 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: 平成 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: 平成 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: 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A ・ B ・ C (該当する方を○で囲む)					
診断	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。					
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし					
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 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地	記載年月日 平成 年 月 日 電話番号 () (いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 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。