

(様式2-6)

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 | 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:) | | | |
| 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: 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 (年 月 ~ 年 月) | | | |
| 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 () | | | |
| 医師氏名 | (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 | | | |

(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。