

肝炎治療受給者証((3剤併用療法を除く)インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書

フリガナ		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	大 昭 平 年 月 日 生 (満 歳)
住所	(電話番号)		
診断年月	昭和・平成 年 月	前医(あれば記載する)	医療機関名 医師名
過去の治療歴	<p>C型肝炎ウイルスに対する治療の場合は、該当する口にチェックを入れる。</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。</p> <p><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:)</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:)</p> <p><input type="checkbox"/> 直前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。</p>		
	<p>1. IFNの初回投与 2. IFNの再投与 (該当する方を○で囲む)</p>		
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記載する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー</p> <p>(1) HBs抗原(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>(2) HBe抗原(+)・(-)、HBe抗体(+)・(-) (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>(3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(検査日:平成 年 月 日)</p> <p>2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する方を○で囲む。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ) 1、あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ) 2、あるいはジェノタイプ2</p> <p>3. 血液検査 (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>ALT _____ IU/L (施設の基準値: _____ ~ _____)</p> <p>血小板数 _____ 万/μL (施設の基準値: _____ 万 ~ _____ 万)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日:平成 年 月 日)</p> <p>(具体的に所見を記載する。)</p> <p>(所見:)</p>		
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (B型肝炎ウイルスによる)</p> <p>2. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)</p>		
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり 2. なし</p>		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独</p> <p>2. インターフェロンβ製剤単独</p> <p>3. ペグインターフェロン製剤単独</p> <p>4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤</p> <p>6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤</p> <p>7. その他(具体的に記載してください。)</p> <p>治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)</p>		
治療上の問題点			
記載年月日 平成 年 月 日			
医療機関名及び所在地			
(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は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"/> 都道府県が指定する医師			
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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(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. 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。

4. 都道府県が指定する医師とは、岡山県では肝炎一次専門医療機関の基準を満たす医師として届け出ている医師の事です。