

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

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歴あり (チェックした場合)これまでの治療内容(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) 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: )				
検査所見	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 _____ 万/ul (施設の基準値: _____ ~ _____)				
検査所見	3. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 平成 年 月 日)				
	(所見: )				
検査所見	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: )				
治療内容	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		
(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. 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。
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。
5. 医療費助成期間は、ダクラタスビルとアスナプレビルの併用療法においては上記治療予定開始月の初日から7か月、ソホスビルとリバビリンの併用療法、レジパスビル/ソホスビル配合錠による治療、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤、エルバスビル及びグラゾプレビル水和物併用療法、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラプレビル塩酸塩配合錠による治療においては上記治療予定開始月の初日から4か月、セロタイプ2の慢性肝炎に対するオムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン併用療法による治療においては上記治療予定開始月の初日から5か月、グレカプレビル水和物/ピプレントスビル配合剤による治療においては、セロタイプ1又はセロタイプ2の慢性肝炎に対する上記治療予定開始月の初日から3か月、代償性肝硬変又は、セロタイプ1又はセロタイプ2のいずれにも該当しない慢性肝炎に対する治療については4か月の助成期間を限度とします。