

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療用・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
インターフェロン 治療歴	(該当する場合チェックする。) <input type="checkbox"/> 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、リバビリン及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 ※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には記載:) 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: _____~_____) ヘモグロビン _____ g/dl (施設の基準値: _____~_____) 血小板 _____ 万/ μ l (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。) (所見: _____) 4 (肝硬変の場合)Child-Pugh分類 A・B・C (該当するものを○で囲む。)		
診断	診断は以下のいずれかに該当する。 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる。) <input type="checkbox"/> 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 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	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) 所在地 名称 医師氏名	記載年月日: _____ 年 月 日 電話番号 _____		

(いずれかにチェックが必要) 日本肝臓学会認定肝臓専門医 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 記載日前6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 ※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。