

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	〒 _____ TEL ()		
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 _____ LogIU/ml(Real Time PCR法によること) (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: _____) 2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ 万/l 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日) (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 (治療中 制御) 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			
上記のとおり診断します。			
医療機関名及び所在地		記載年月日 _____ 年 月 日	
医師氏名		印 (医師自署または記名押印)	
(チェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医			

(注)

- この診断書は、日本肝臓学会肝臓専門医が記載してください。
- 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。
- 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。
- 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。
- この診断書は治療実施医療機関が発行することとする。
- 肝がんの治療中の方は公費助成の対象外です。

※保健所使用欄	審査結果	審査日	審査医師名
	承認・保留・不承認	年 月 日	