

## 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<br>(あれば記載) | 医療機関名<br>医師名      |       |
| 過去の治療歴   | <p>該当する場合、チェックする。</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。<br/>(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)</p> <p>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)</p> <p>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: _____ )<br/>3剤併用療法 (中止・再燃・無効)</p> <p>ウ. 上記以外の治療<br/>(具体的に記載: _____ )</p>  |               |                   |       |
| 検査所見   | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 _____ LogIU/ml (Real Time PCR法によること)</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○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>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: _____ )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l</p> <p>ALT _____ IU/l</p> <p>血小板 _____ 万/ul</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: _____ 年 月 日)</p> <p>(所見: _____ )</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)</p> |               |                   |       |
| 診断   | <p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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</p>   |               |                   |       |
| 肝がんの合併   | 肝がん 1. あり (治療中 制御 ) 2. なし   |               |                   |       |
| 治療内容   | <p>インターフェロンフリー治療<br/>(薬剤名: _____ )<br/>治療予定期間 _____ 週 ( _____ 年 月 ~ _____ 年 月 )</p>   |               |                   |       |
| 治療上の問題点  |   |               |                   |       |
| 上記のとおり診断します。                                   |   |               | 記載年月日 _____ 年 月 日 |       |
| 医療機関名及び所在地                                     |   |               |                   |       |
| 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。