

## 肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (インターフェロン治療)

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)	
	男・女	年	月	日生 (満 歳)
住所	〒 - 電話番号 ( ) -			
診断年月	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	該当する項目にチェックする。 インターフェロン治療歴 あり なし ( ありの場合は、裏面を記入してください。)			
検査所見	今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。			
	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+/-) (該当する方を で囲む)(検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+/-) HBe抗体 (+/-) (該当する方を で囲む)(検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ Log copies/mL (測定法:リアルタイムPCR)(検査日: 年 月 日)			
	2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____) 血小板数 _____ / μl (施設の基準値: _____ ~ _____)			
3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (所見) _____ (検査日: 年 月 日)				
診断	該当する項目にチェックする 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) (1. 該当 2. 非該当)			
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし			
治療内容	該当番号を で囲む。 1. インターフェロン 製剤単独 2. インターフェロン 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他 (具体的に記載してください: _____ ) 治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">補足説明が必要な場合はこの欄に記載してください。</div>			
導入治療を行う医療機関	医療機関名( _____ )			
導入治療後の治療を行う医療機関	導入治療を行う医療機関と同じ 導入治療を行う医療機関以外の医療機関 _____ 医療機関名: _____			
治療上の問題点				
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日		
(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場合、以下のいずれかにチェックが必要) 日本肝臓学会肝臓専門医 _____ 熊本県認定肝臓病医療支援システム指定高次専門施設の担当医 熊本県がん検診従事者(機関)認定協議会の肝臓病認定医 ( 熊本県肝炎インターフェロン治療指定医療機関に勤務し、診断書作成医として登録している医師に限る) 医師氏名 (指定の診断書作成医) _____				

審査会委員  
チェック欄要  
確  
認

- (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. 本診断書は熊本県肝炎インターフェロン及びインターフェロンフリー治療指定医療機関が発行することとする。

## 過去のインターフェロン治療の実施歴

## 【直近の治療実施歴】

実施時期	年 月
実施医療機関	導入治療を行った医療機関名 ( ) 導入治療後の治療を行った医療機関名 ( )
実施時の診断	該当する項目にチェックする 慢性肝炎( B型肝炎ウイルスによる) ( 1. 該当 2. 非該当)
治療の内容	該当番号を で囲む。 1. インターフェロン 製剤単独 2. インターフェロン 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他(具体的に記載してください。( 年 月) ) 治療期間 週 ( 年 月 ~
転帰	終了【再燃・無効・不明】 中断(理由: )
特記事項	

## 【上記以外の治療歴】 ある場合は記載してください。

実施時期	年 月
実施医療機関	導入治療を行った医療機関名 ( ) 導入治療後の治療を行った医療機関名 ( )
実施時の診断	該当番号を で囲む 1. 慢性肝炎( B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎( C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変( C型肝炎ウイルスによる)
治療の内容	該当番号を で囲む。 1. インターフェロン 製剤単独 2. インターフェロン 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン 製剤 + リバビリン製剤 5. インターフェロン 製剤 + リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤 + リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。( 年 月) ) 治療期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)
転帰	終了【再燃・無効・不明】 中断(理由: )
特記事項	