

(別紙様式2の5)

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）【再治療】

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	郵便番号 電話番号 ()				
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	該当する項目にチェックする。 ☐ 1. インターフェロン治療歴なし ☐ 2. インターフェロン治療歴あり (2. にチェックした場合)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 () (具体的に治療内容を記載:) ☐ 3. インターフェロンフリー治療歴あり(薬剤名:) (中止 ・再燃 ・無効) ※無効の場合は、HCV RNA最低値: _____ Log IU/ml 初回治療実施期間 (年 月 ~ 年 月) 初回治療開始前耐性変異の確認(実施 ・未実施) (実施の場合、その結果:)				
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 _____ (単位: 、測定法) (2) ウイルス型 () (3) 耐性変異の確認(実施 ・未実施) (実施の場合、その結果:) 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 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____) その他の血液検査所見(ソホスビルを含む治療を実施する場合、eGFRを記載する。必要に応じ、線維化に関する情報等を記載する。) 〔 _____ 〕 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 _____ 点 分類 A ・ B ・ C (該当するものを○で囲む) (評価日 年 月 日)				
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:) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)				
治療を行う医療機関	☐ 診断書を作成する医療機関と同じ ☐ 診断書を作成する医療機関以外の医療機関(※インターフェロン及びインターフェロンフリー治療実施医療機関に限る) (医療機関名: 、所在地: 市・町・村)				
治療上の問題点	再治療の必要性と薬剤選択の理由:				
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 年 月 日 医療機関名及び所在地 (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及びインターフェロンフリー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) (連名不可)					

(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. 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。
- 5. 診断書作成医が、熊本県肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医に照会し、他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができます。