

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) 【初回】

|              |  |               |              |                          |  |
|--------------|--|---------------|--------------|--------------------------|--|
| フリガナ<br>患者氏名 |  |               | 性別<br>男・女    | 生年月日(年齢)<br>年 月 日生 (満 歳) |  |
| 住所           | 郵便番号<br>電話番号 ( )   |               |              |                          |  |
| 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>該当する項目にチェックする。</p> <input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴なし<br><input type="checkbox"/> 2. インターフェロン治療歴あり<br>(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)<br>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)<br>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)<br>ウ. 上記以外の治療<br>(具体的に治療内容を記載: )  |               |              |                          |  |
| 検査所見         | <p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)<br>(1) HCV-RNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____)<br>(2) ウイルス型 (該当する方を○で囲む)<br>ア) セロタイプ(グループ)1 あるいはジェノタイプ1<br>イ) セロタイプ(グループ)2 あるいはジェノタイプ2<br>ウ) 上記のいずれにも該当しない (ジェノタイプ検査結果を記載: _____)<br>(3) 耐性変異の確認 (実施・未実施)<br>(実施の場合、その結果: _____)<br>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)<br>AST _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>ALT _____ IU/l (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>血小板数 _____ 万/μl (施設の基準値: _____ ~ _____)<br>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。)<br>( _____ )<br>3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日)<br>(所見: _____)<br>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)<br>(評価日 年 月 日) |               |              |                          |  |
| 診断           | <p>該当番号を○で囲む。</p> 1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)<br>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         | <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>   |               |              |                          |  |
| 治療を行う医療機関    | <input type="checkbox"/> 診断書を作成する医療機関と同じ<br><input type="checkbox"/> 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)<br>(医療機関名: _____、所在地: _____市・町・村 )   |               |              |                          |  |
| 治療上の問題点      |  |               |              |                          |  |
| 医療機関名及び所在地   | <p>記載年月日 年 月 日</p> <p>(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医*<br/> <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会消化器病専門医で、熊本県肝疾患診療連携拠点病院が実施する講習会を3年以内に受講した者*<br/>         (※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)</p> <p>医師氏名(指定の診断書作成医) (連名不可)</p>   |               |              |                          |  |

(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。