

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー治療)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 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	<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 <input type="checkbox"/> 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:) <input type="checkbox"/> 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	<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) (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(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. Child-Pugh分類 (検査日: 年 月 日) <p style="text-align: right;">該当する口にチェックを入れる</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>結果</th> <th>施設基準値</th> <th>1点</th> <th>2点</th> <th>3点</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>肝性脳症</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 経度(I・II)</td> <td><input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)</td> </tr> <tr> <td>腹水</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> なし</td> <td><input type="checkbox"/> 経度</td> <td><input type="checkbox"/> 中等度以上</td> </tr> <tr> <td>アルブミン値(g/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 3.5超</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8~3.5</td> <td><input type="checkbox"/> 2.8未満</td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間(%)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 70超</td> <td><input type="checkbox"/> 40~70</td> <td><input type="checkbox"/> 40未満</td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン値(mg/dL)</td> <td></td> <td>~</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0未満</td> <td><input type="checkbox"/> 2.0~3.0</td> <td><input type="checkbox"/> 3.0超</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">合計: _____ 点 分類 A・B・C (該当するものを○で囲む)</p> 4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:) 5. 上部消化管内視鏡検査所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)						結果	施設基準値	1点	2点	3点	肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)	腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経度	<input type="checkbox"/> 中等度以上	アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満	プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満	総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超
	結果	施設基準値	1点	2点	3点																																				
肝性脳症			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経度(I・II)	<input type="checkbox"/> 昏睡(Ⅲ以上)																																				
腹水			<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経度	<input type="checkbox"/> 中等度以上																																				
アルブミン値(g/dL)		~	<input type="checkbox"/> 3.5超	<input type="checkbox"/> 2.8~3.5	<input type="checkbox"/> 2.8未満																																				
プロトロンビン時間(%)		~	<input type="checkbox"/> 70超	<input type="checkbox"/> 40~70	<input type="checkbox"/> 40未満																																				
総ビリルビン値(mg/dL)		~	<input type="checkbox"/> 2.0未満	<input type="checkbox"/> 2.0~3.0	<input type="checkbox"/> 3.0超																																				
診断	該当番号を○で囲む。 1. 非代償性肝硬変(C型肝炎ウイルスによる)※Child-Pugh分類B及びC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: ソホスビル/ベルパタスビル配合錠) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)																																								
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 <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) (医療機関名: _____、所在地: 市・町・村)																																								
治療上の問題点	再治療の必要性和薬剤選択の理由:																																								
上記のとおり、非代償性肝硬変に対するインターフェロンフリー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) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医※ <input type="checkbox"/> 日本消化器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※ (※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。