

C型肝炎に対する経口抗ウイルス剤の治療効果判定報告書(第2.0版)

記入日:平成 年 月 日

※ご担当医が必要事項を記載の上、当てはまるボックスにチェックを入れてください。

※治療終了時とは、経口剤の最終投与時を意味します。

整理番号
(※自治体担当者記載欄)

性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
経口剤治療期間	開始日:平成 年 月 日 ~ 終了日:平成 年 月 日		
診断名	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(判明していれば) <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4		
使用した経口剤	<input type="checkbox"/> アスナプレビル/ダクラタスビル <input type="checkbox"/> ソホスブビル/リバビリン <input type="checkbox"/> ソホスブビル/レディバスビル その他()		
IFN治療歴の有無	<input type="checkbox"/> なし(それはIFN不適格のためですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> あり(下欄に直近のIFN治療の詳細をお示ください)		
IFN種類 (複数回ありの場合は直近のIFN治療についてお書きください)	<input type="checkbox"/> IFN α (天然型) <input type="checkbox"/> IFN β <input type="checkbox"/> IFN α 2b <input type="checkbox"/> PEG IFN α 2a <input type="checkbox"/> IFN α コンセンサス <input type="checkbox"/> PEG IFN α 2b	併用薬剤	<input type="checkbox"/> リバビリン <input type="checkbox"/> パニプレビル <input type="checkbox"/> テラプレビル <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> シメプレビル
IFN治療状況 (直近のIFN治療について)	<input type="checkbox"/> 投与完遂(予定治療完了) <input type="checkbox"/> 副作用で投与中止(予定治療中断[IFN不耐容に相当]) <input type="checkbox"/> 副作用以外で投与中止(予定治療中断)		
IFN治療効果 (直近のIFN治療について)	<input type="checkbox"/> 再燃 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> Breakthrough (いったん消失していた血中HCV RNAがIFN投与中にもかかわらず再陽性化すること)		
肝がんの既往	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(肝がん治療終了後の経過期間: 年 月)		
※ 治療開始時、治療終了時、効果判定時(治療終了から概ね6ヶ月後)の検査結果について記入してください。			
1. C型肝炎ウイルスマーカー			
Serotype <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 判別不能 (Genotype判明していれば I <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b II <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> III)			
ウイルス陰性化時期(検査日:平成 年 月 日)			
治療開始時(検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 _____ 単位 <input type="checkbox"/> LogIU/ml			
治療終了時(検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 _____ 単位 <input type="checkbox"/> LogIU/ml <input type="checkbox"/> ケンシュツセス*			
効果判定時(検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 _____ 単位 <input type="checkbox"/> LogIU/ml <input type="checkbox"/> ケンシュツセス*			
2. 血液検査			
治療開始時(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L 血小板 _____ $10^4/\mu\text{L}$			
治療終了時(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L AFP _____ ng/mL			
効果判定時(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L AFP _____ ng/mL			
3. 薬剤耐性変異の測定をされている場合には括弧内にご記入ください。(例:D168V、L31V、Y93Hなど) (検査日:平成 年 月 日)			
<input type="checkbox"/> NS3/4A() <input type="checkbox"/> NS5A(;) <input type="checkbox"/> ()			
4. ウイルス学的判定			
<input type="checkbox"/> 著効(投与終了6ヶ月後もHCV RNA陰性を持続) <input type="checkbox"/> Breakthrough (いったん消失していた血中HCV RNAが経口剤投与中にもかかわらず再陽性化すること)			
<input type="checkbox"/> 再燃(投与終了時はHCV RNA陰性であったがその後再陽性化)			
<input type="checkbox"/> 無効(投与期間を通じてHCV RNAは陰性化しなかった)			
5. 経口剤治療について (※薬剤の減量が行われても根治目的の治療が終了した場合は投与完遂、それ以外を投与中止とする)			
<input type="checkbox"/> 投与完遂(予定治療完了) <input type="checkbox"/> 投与中止(予定治療中断) → ① <input type="checkbox"/> 副作用による ② <input type="checkbox"/> 副作用以外による			
①の詳細 <input type="checkbox"/> 血清AST・ALT上昇 <input type="checkbox"/> ヘモグロビン低下 <input type="checkbox"/> 白血球減少 <input type="checkbox"/> 血小板減少 <input type="checkbox"/> 皮疹・薬疹 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> その他()			
②の詳細 (例:効果不良、肝がんの発生、骨折、事故、その他(仕事の都合、経済的事情等)) ()			
6. 肝炎治療の医療連携について			
1)本患者が経口剤治療を受けた主たる医療機関は次のいずれですか。 <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院 <input type="checkbox"/> 肝疾患専門医療機関(二次医療圏) <input type="checkbox"/> かかりつけ診療所(クリニック) <input type="checkbox"/> その他()			
2)経口剤治療に際して他の医療機関と連携しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
3)ご担当医の専門性について: <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会専門医 <input type="checkbox"/> 日本消化器病学会専門医 <input type="checkbox"/> 自治体等主催の肝疾患研修を受けた医師 <input type="checkbox"/> その他()			

C型肝炎に対する経口抗ウイルス剤の治療効果判定報告書(第2.0版)

※ 診断書作成担当医師による記載をお願いします。

知事殿

下記の者に係る治療効果判定について、表面に記載のとおり相違ないので報告いたします。

_____年____月____日

医療機関名 _____

医師氏名 _____ 印

患者氏名(フリガナ): _____ (_____)

患者住所 _____