

記入例

肝疾患インターフェロン治療効果判定報告書

※整理番号以外は該当する箇所全て記入してください。

記入漏れがある場合、返送させていただくことがあります。

平成 年 月 日

※担当医師が必要事項を記載の上、自で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、インターフェロン最終投与時を意味します。

整理番号

性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input checked="" type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	31年3月1日
IFN治療期間	開始日:平成24年4月1日 ~ 終了日:平成25年3月31日			
IFN治療歴	<input checked="" type="checkbox"/> 初回治療 <input type="checkbox"/> 再治療			
診断名	<input checked="" type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(判明していれば <input type="checkbox"/> F0 <input checked="" type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4)			
使用薬剤	IFN種類	IFN α (天然型)	IFN β	併用薬剤 <input checked="" type="checkbox"/> リバビリル <input checked="" type="checkbox"/> (テラプレビル)
		IFN α 2b	PEG IFN α 2a	
		IFN α コン1	<input checked="" type="checkbox"/> PEG IFN α 2b	

※ 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)の結果について
B型肝炎は1, 3, 5を記入、C型肝炎は2, 3, 4, 5を記入してください。

漏れなく記入してください

1 B型肝炎ウイルスマーカー

治療開始時(検査日:平成 年 月 日) HBe抗原 + - HBe抗体 + -
HBV DNA定量 _____ 単位 _____

治療終了時(検査日:平成 年 月 日) HBe抗原 + - HBe抗体 + -
HBV DNA定量 _____ 単位 _____

効果判定時(検査日:平成 年 月 日) HBe抗原 + - HBe抗体 + -
HBV DNA定量 _____ 単位 _____

2 C型肝炎ウイルスマーカー

Serotype I 2 判別不能 (Genotype判明していれば I a b II a b III)

ウイルス陽性化時期(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 LogIU/ml KIU/ml

治療終了時(検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 _____ 単位 LogIU/ml KIU/ml

効果判定時(検査日:平成 年 月 日) HCV RNA定量 _____ 単位 LogIU/ml KIU/ml

3 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 / μ l

治療終了時(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L

効果判定時(検査日:平成 年 月 日) AST _____ IU/L ALT _____ IU/L

4 ウイルス学的判定

著効(投与終了6ヶ月後もHCV RNA陽性を持続)

再発(投与終了時はHCV RNA陽性であったがその後再陽性化)

無効(投与期間を通じてHCV RNAは陽性化しなかった)

治療を完遂した場合は必ず
いずれかにチェックを入れる。
判定不能なときは欄外にその旨記載

5 インターフェロン治療について

(※IFNやリバビリル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)

投与完遂(予定治療完了) 投与中止(予定治療中断) → ① 副作用による中止
② 副作用以外による中止

①の詳細 倦怠感 食欲不振 貧血 精神神経症状 網膜症
 脳出血 間質性肺炎 血小板 _____

その他(_____)

②の詳細 (例:肝がんの発生、骨折、事故、その他(仕事の都合、経済的事情等))
(_____)

中止した場合は理由まで記載してください

(裏面)



肝疾患インターフェロン治療効果判定報告書

※ 診断書作成担当医師による記載をお願いします。

熊本県知事 様

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。

診断書作成医師が記載してください

医療機関名

医師氏名

印

患者氏名(フリガナ): _____ (_____)

患者住所 _____