

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書(インターフェロン治療)

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日生 (満 歳)	審査会委員 チェック欄
住所	〒 ー 電話番号 () ー			
診断年月	年 月	前医 (あれば記 載する)	医療機関名 医師名	<input type="checkbox"/>
過去の 治療歴	該当する項目にチェックする。 インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (※ありの場合は、裏面を記入してください。)			
検査所見	■今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。			
	1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 (+・-) (該当する方を○で囲む)(検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原 (+・-) HBe抗体 (+・-) (該当する方を○で囲む)(検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ Log copies/mL (測定法:リアルタイムPCR)(検査日: 年 月 日)			<input type="checkbox"/>
	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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____)			<input type="checkbox"/>
	3. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (所見) _____ (検査日: 年 月 日)			<input type="checkbox"/>
診断	該当する項目にチェックする 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) (1. 該当 2. 非該当)			<input type="checkbox"/>
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし			<input type="checkbox"/>
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロンα製剤単独 2. インターフェロンβ製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他 (具体的に記載してください: _____) ※補足説明が必要な場合はこの欄に記載してください。 治療予定期間 _____ 週 (年 月 ~ 年 月)			<input type="checkbox"/>
導入治療を行う医療機関	医療機関名(_____)			<input type="checkbox"/>
導入治療後の治療を行う医療機関	<input type="checkbox"/> 導入治療を行う医療機関と同じ <input type="checkbox"/> 導入治療を行う医療機関以外の医療機関 [医療機関名: _____]			<input type="checkbox"/>
治療上の問題点				<input type="checkbox"/>
医療機関名及び所在地 _____ 記載年月日 年 月 日				
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である場合、以下の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"/> 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※ <input type="checkbox"/> 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)				<input type="checkbox"/>
医師氏名 (指定の診断書作成医の署名・押印が必要です)				印

(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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン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。

過去のインターフェロン治療の実施歴

【直近の治療実施歴】

実施時期	年 月
実施医療機関	導入治療を行った医療機関名 () 導入治療後の治療を行った医療機関名 ()
実施時の診断	該当する項目にチェックする 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) (1. 該当 2. 非該当)
治療の内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン α 製剤単独 2. インターフェロン β 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. その他(具体的に記載してください。() 治療期間 週 (年 月～ 年 月)
転帰	<input type="checkbox"/> 終了【再燃・無効・不明】 <input type="checkbox"/> 中断(理由:)
特記事項	

【上記以外の治療歴】 ※ある場合は記載してください。

実施時期	年 月
実施医療機関	導入治療を行った医療機関名 () 導入治療後の治療を行った医療機関名 ()
実施時の診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) 2. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 3. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)
治療の内容	該当番号を○で囲む。 1. インターフェロン α 製剤単独 2. インターフェロン β 製剤単独 3. ペグインターフェロン製剤単独 4. インターフェロン α 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン β 製剤+リバビリン製剤 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7. その他(具体的に記載してください。() 治療期間 週 (年 月～ 年 月)
転帰	<input type="checkbox"/> 終了【再燃・無効・不明】 <input type="checkbox"/> 中断(理由:)
特記事項	