

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、3剤併用療法用)

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	〒 電話番号 ( ) -				
診断年月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名		
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 1. 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。) 2. インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> あり (薬剤名: ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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(中止(不耐用)・再燃・無効) 治療期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)				
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. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日) (1) HCV-RNA定量 _____ Log IU/mL (測定法:リアルタイムPCR) (2) ウイルス型 (該当する方を○で囲む) セロタイプ(グループ)1 あるいはジェノタイプ1 ・ セロタイプ(グループ)2 あるいはジェノタイプ2				
	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: _____ ~ _____)				
	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)				
診断	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる) 2. 代償性肝硬変 (C型肝炎ウイルスによる)				
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし				
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. 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. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+プロテアーゼ阻害剤(薬品名: )3剤併用療法 (※3剤併用療法の治療予定期間は24週) 8. その他 (具体的に記載してください: ) 治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     ※補足説明が必要な場合はこの欄に記載してください。                 </div>				
導入治療を行う医療機関	医療機関名				
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: )				
治療上の問題点					
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)					
医師氏名 (指定の診断書作成医の署名・押印が必要です)					印

審査会委員  
チェック欄

要  
確  
認

(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. 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

過去の3剤併用療法の治療歴(いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤)の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、副作用等により十分量の24週投与を投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由: ) ※「十分量の24週投与が行われなかった」にチェックが入った場合、経過・理由をもとに審査を行います。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがある。(十分量の24週投与が行われた)
--------------------------	--

## 【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	該当番号を○で囲む 1. 慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる)      2. 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 $\alpha$ 製剤単独 2. インターフェロン $\beta$ 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 $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン $\beta$ 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. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+テラプレビルによる3剤併用療法 8. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤+シメプレビルによる3剤併用療法 9. その他(具体的に記載してください。( ) 治療期間 週 ( 年 月 ~ 年 月 ) 上記治療内容が「6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤」の場合、以下について該当するものがある れば□にチェックを入れる。 <input type="checkbox"/> これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の48週投与を行った が、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケースではない。 <input type="checkbox"/> これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による72週投与が行われたケー スではない。
3剤併用療法の再治療について	上記治療内容が7. 3剤併用療法に該当する場合はチェックが必要。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴があるが、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた3剤併用療法による再治療を 行うことが適切であると判断する。
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 $\alpha$ 製剤単独 2. インターフェロン $\beta$ 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 $\alpha$ 製剤+リバビリン製剤 5. インターフェロン $\beta$ 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	