

肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書 (非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療) 【初回】

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	該当する項目にチェックする。 <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:)		
検査所見	今回の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 _____ (単位: _____、測定法 _____) (2) ウイルス型 (該当する方を○で囲む) ア) セロタイプ(グループ)1 あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2 あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれにも該当しない (ジェノタイプ検査結果を記載: _____) (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 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) その他の血液検査所見(ソホスビルを含む治療を実施する場合、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. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見: _____) 4. 肝硬変症の場合、Child-Pugh _____点 分類 A・B・C (該当するものを○で囲む) (評価日 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) ※Child-Pugh分類A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: _____) 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			
医療機関名及び所在地	記載年月日 年 月 日		
医師氏名	印 (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。