

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(2回目の制度利用)

③

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	<p>該当する項目にチェックする。</p> <p>1. B型慢性活動性肝炎の場合 <input type="checkbox"/> これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>2. C型慢性肝炎またはC型代償性肝硬変の場合 (1)過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 <input type="checkbox"/> 以下の①, ②のいずれにも該当しない。 ①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 ②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 (2)過去の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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由:)</p> <p>(3)インターフェロンフリー治療歴 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) <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。</p>				
検査所見	<p>今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原(+-) (検査日: 年 月 日) (2) HBe抗原(+-) HBe抗体(+-) (検査日: 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____(単位: , 測定法) (検査日: 年 月 日)</p> <p>2. 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</p> <p>3. 血液検査(検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板数 _____ /μl 白血球 _____ /μl ヘモグロビン _____ g/dl 空腹時血糖 _____ mg/dl AFP _____ ng/ml } 実施している場合は記入してください。</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見(検査日: 年 月 日) (具体的に記載)</p>				
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)		肝がんの合併	1. あり (治癒 ・ 治療中 ・ 未治療) 2. なし	
治療上の問題点					
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. その他(具体的に記載:) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)				
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
医師氏名					
(直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合は、いずれかにチェックが必要)					
<input type="checkbox"/> 1. 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 2. 鹿児島県肝炎診療連携ネットワーク研修会に過去1年以内に参加した医師 <input type="checkbox"/> 3. 上記1, 2のいない離島で肝炎治療を行っている医師					

(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。