

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(新規)

(フリガナ)		性別	生年月日(年齢)
患者氏名		男・女	年 月 日 (満 歳)
住 所	〒 電話番号 ()		
これより上の項目は、申請者が記載しても構いません。			
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	C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 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:) 2. 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なし。 <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。		
検査所見	インターフェロン治療開始前の所見を記入する。 1. 今回のB型肝炎ウイルスマーカー(検査日: 年 月 日) (1) HBs抗原(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (2) HBe抗原(+ ・ -) HBe抗体(+ ・ -) (該当する方を○で囲む) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) 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(該当欄にチェックを入れる) <input type="checkbox"/> ジェノタイプ1またはセロタイプ(グループ)1 <input type="checkbox"/> ジェノタイプ2またはセロタイプ(グループ)2 <input type="checkbox"/> その他 3. 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: _____ ~ _____) ※ALT値が30IU/l以下の場合、過去の高値の記録を記載(検査日: 年 月 日 ALT _____ IU/l) 血小板数 _____ / μ l (施設の基準値: _____ ~ _____) ※血小板数10万/ μ l以下の場合、肝生検の所見を記載。 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載)(検査日: 年 月 日) (所見: _____)		
診 断	該当番号を○で囲む。 1. B型慢性活動性肝炎 2. C型慢性肝炎 3. C型代償性肝硬変		
肝がんの合併	肝がん 1. あり(治療中・治療後) 2. なし		
治療内容	該当番号を○で囲む。 1. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 2. インターフェロン β 製剤+リバビリン製剤 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: _____) 治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)		
再治療の有無	1. 初回治療 2. 再治療		
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の場合は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"/> 島根県が適当と定める医師) 医師氏名			

(注)

- 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。
- 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。
- 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、ご注意ください。
- 医療費助成期間の始期は、患者がこの診断書を添えて提出した受給者証交付申請書を、保健所が受理した月の初日となりますので、検査日や治療開始日を決められる際にはご注意ください。