（別紙様式第２号）

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
□　３剤併用療法の治療歴なし。
□　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
□　インターフェロンフリー治療歴なし。
□　インターフェロンフリー治療歴あり。　（薬剤名：　　）
□　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）
□　ジェノタイプ１またはセロタイプ（グループ）１
□　ジェノタイプ２またはセロタイプ（グループ）２
□　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　＿＿＿＿＿＿　／μl　（施設の基準値：＿＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿＿）
※血小板数10万／μl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　・　治癒後　）　　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）
□　日本肝臓学会肝臓専門医　　（　□　島根県が適当と定める医師　）

医師氏名

（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りますので、ご注意ください。
4．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留意ください。