

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)

(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	<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:) (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。</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</p> <p>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: _____ ~ _____)</p> <p>4. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (所見:)</p>		
診 断	<p>該当番号を○で囲む</p> <p>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</p>		
肝がんの合併	<p>肝がん 1. あり (治療中 ・ 治癒後) 2. なし</p>		
治療内容	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>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:)</p> <p>治療予定期間 週 (年 月 ~ 年 月)</p>		
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	
<p>(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)</p> <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) <p>医師氏名</p>			

(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注意ください。