（別紙様式第２号の２）

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

該当する項目にチェックする。
１．Ｂ型慢性活動性肝炎の場合
□　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。

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
□　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
□　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：　　）
（３）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

今回のインターフェロン治療開始前の所見を記入する。
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）

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：＿＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿＿）

４．画像診断及び肝生検などの所見　（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）

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。