（別紙様式第２号の３）

肝炎治療受給者証（B型慢性活動性肝炎に対する3回目のインターフェロン治療）の交付申請に係る診断書

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>性別</td><td colspan="3">生年月日（年齢）</td></tr>
<tr><td>患者氏名</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="3">年　　月　　日 生　　（満　　歳）</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="5">郵便番号

電話番号　　（　　）</td></tr>
<tr><td>診断年月</td><td>年　　月</td><td>前医
（あれば記載）</td><td colspan="3">医療機関名　　医師名</td></tr>
<tr><td>過去の治療歴</td><td colspan="5">該当する項目にチェックする。
□　これまでにインターフェロン製剤（ペグインターフェロン製剤を除く）による治療を受け、その後ペグインターフェロン製剤による治療を受けている。</td></tr>
<tr><td>検査所見</td><td colspan="5">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．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：＿＿＿～＿＿＿）
血小板数　＿＿＿　／μl　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿）

３．画像診断及び肝生検などの所見　（検査日：　　年　　月　　日）
（所見：　　）</td></tr>
<tr><td>診断</td><td colspan="5">該当する項目にチェックする。
□　慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる）</td></tr>
<tr><td>肝がんの合併</td><td colspan="5">肝がん　　１．あり　　２．なし</td></tr>
<tr><td>治療内容</td><td colspan="5">該当番号を○で囲む。

１．ペグインターフェロン製剤単独
２．その他（具体的に記載：　　）

治療予定期間　　週　　（　　年　　月～　　年　　月）</td></tr>
<tr><td>治療上の問題点</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">記載年月日　　年　　月　　日
医療機関名及び所在地

医師氏名</td></tr>
</table>

（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。