（別紙様式第２号の６）

肝炎治療受給者証（インターフェロンフリー治療）の交付申請に係る診断書

フリガナ 患者氏名		性別 男・女	生年月日（年齢） 年　月　日　生　（満　歳）
住所	郵便番号 電話番号　（　）		
診断年月	年　月		
過去の治療歴	該当する項目にチェックする。 １．インターフェロン治療歴 □　インターフェロン治療歴なし。　（未治療） □　インターフェロン治療歴あり。　（チェックした場合、これまでの治療内容について該当項目を○で囲む） ア．ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法　（中止 ・ 再燃 ・ 無効） イ．ペグインターフェロン、リバビリンおよびプロテアーゼ阻害剤（薬剤名：　） ３剤併用療法　（中止 ・ 再燃 ・ 無効） ウ．上記以外の治療（　） 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。（未治療） □　インターフェロンフリー治療歴あり。（薬剤名：　）（中止・再燃・無効）		
投与禁忌の確認	ソホスブビルを含むインターフェロンフリー治療の場合、以下の項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □　重度の腎機能障害（eGFR<30ml/分/1.73㎡）又は透析を必要とする腎不全の患者ではない。		
検査所見	今回の治療開始前の所見を記入する。 １．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（記載：　） 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：＿＿＿～＿＿＿） ※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） ヘモグロビン　＿＿＿　g／dl　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） 血小板　＿＿＿　／ul　（施設の基準値：＿＿＿～＿＿＿） その他の血液検査所見（必要に応じて記載） （　） ３．画像診断及び肝生検などの所見　（検査日：　年　月　日） （所見　） ４．（肝硬変症の場合）Child-Pugh　＿＿点（検査日：　年　月　日）		
診断	該当番号を○で囲む。 １．慢性肝炎　（Ｃ型肝炎ウイルスによる） ２．代償性肝硬変　（Ｃ型肝炎ウイルスによる） ３．非代償性肝硬変（Ｃ型肝炎ウイルスによる）		
肝がんの合併	肝がん　１．あり　２．なし		
治療内容	インターフェロンフリー治療　（該当番号を○で囲む） １．グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠　…　８週 ※１.はジェノタイプ（セログループ）１又は２の慢性肝炎かつ初回フリー治療例である場合のみ対象となります ２．ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠　…　１２週 ３．グレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合錠　…　１２週 ４．ソホスブビル/ベルパタスビル配合錠及びリバビリンの併用療法　…　２４週 ※４．はインターフェロンフリーの治療歴がある場合のみ対象となります ５．その他（　）　…　週 治療予定期間　（　年　月　～　年　月）		
意見書の有無	インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象となりません。 □　意見書なし。　（肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が本診断書を記載） □　意見書あり。		
治療上の問題点			

記載年月日　年　月　日

医療機関名及び所在地

（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

【裏面に記載時の注意事項等記載してあります】

【裏面】

（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．**記載日前６か月以内**（ただし、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。
４．ソホスブビル/レジパスビル配合錠を使用した治療については「５．その他」へ記載してください。