

肝炎治療受給者証(非代償性肝硬変を除くインターフェロンフリー治療)の交付申請に係る診断書(新規)

⑥

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	年 月 日生	(満 歳)
住所	郵便番号 電話番号 ( )			
診断年月	年 月	前医 (あれば記載)	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. インターフェロン治療歴 <input type="checkbox"/> 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 (具体的に記載: ) 2. 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。			
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(該当する項目を○で囲む。) ア) セロタイプ(グループ)1, あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2, あるいはジェノタイプ2 ウ) 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載: ) 2. 血液検査 (検査日: 年 月 日) AST _____ IU/l ALT _____ IU/l 血小板 _____ /μl 白血球 _____ /μl ヘモグロビン _____ g/dl 空腹時血糖 _____ mg/dl AFP _____ ng/ml } 実施している場合は記入してください。 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 年 月 日) (具体的に記載) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)			
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) ※Child-Pugh分類Aに限る			
肝がんの合併	肝がん 1. あり (治癒・治療中・未治療) 2. なし			
治療内容	インターフェロンフリー治療 (薬剤名: ) 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			
医師氏名	(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 1. 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 2. 鹿児島県肝疾患診療連携ネットワーク研修会に過去1年以内に参加した医師 <input type="checkbox"/> 3. 上記1. 2のいない離島で肝疾患治療を行っている医師			

(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。