

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(再治療)

⑦

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	前医 (あれば記載)	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。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。</p> <p>1. インターフェロン治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>ウ. 上記以外の治療 (具体的に記載: )</p> <p>2. インターフェロンフリー治療歴</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p>				
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> <p>1. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 年 月 日)</p> <p>(1) HCV-RNA定量 (単位: 、測定法 )</p> <p>(2) ウイルス型(該当する項目を○で囲む。)</p> <p>ア) セロタイプ(グループ)1, あるいはジェノタイプ1</p> <p>イ) セロタイプ(グループ)2, あるいはジェノタイプ2</p> <p>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: )</p> <p>2. 血液検査 (検査日: 年 月 日)</p> <p>AST _____ IU/l</p> <p>ALT _____ IU/l</p> <p>血小板 _____ /μl</p> <p>白血球 _____ /μl</p> <p>ヘモグロビン _____ g/dl</p> <p>空腹時血糖 _____ mg/dl</p> <p>AFP _____ ng/ml } 実施している場合は記入してください。</p> <p>その他の血液検査所見(必要に応じて記載)</p> <p>[ ]</p> <p>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)</p> <p>4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)</p>				
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> <p>1. 慢性肝炎 (C型肝炎ウイルスによる)</p> <p>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</p>				
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	<p>インターフェロンフリー治療 (薬剤名: )</p> <p>治療予定期間 週 ( 年 月 ~ 年 月)</p>				
治療上の問題点					
本診断書を作成する医師	<p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 下記の医師で別紙意見書を添付している医師(1~3に○をする)</p> <p>1. 他の日本肝臓学会肝臓専門医</p> <p>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</p> <p>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</p>				
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。					
医療機関名及び所在地		記載年月日 年 月 日			
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. 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。