

**<インターフェロンフリー治療実績報告書>**

**1 対象患者 ※ 氏名はイニシャル(姓・名)でお願いします(例:カゴシマ タロウ K・T)**

氏名(イニシャル)	・	年齢	生年月日	西暦	年	月	日
性別	男性・女性	貴院ID					
診断名	1.C型慢性肝炎 2.C型代償性肝硬変 3.C型非代償性肝硬変		インターフェロン治療歴	あり・なし			

**2 過去のインターフェロン治療内容**

- インターフェロン単独  インターフェロン+リバビリン  ペグインターフェロン+リバビリン、
- ペグインターフェロン+リバビリン+テラプレビル、 ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル
- ペグインターフェロン+リバビリン+パニプレビル

**3 インターフェロンフリー治療内容**

- ・ 治療期間 年 月 日～ 年 月 日 ( 週間)
- ・ 治療内容 (薬剤名: )
- ・ セロタイプ [ゲノタイプでも可] ( セロタイプ(グループ)1、 セロタイプ(グループ)2)
- ・ ウイルス量 (高ウイルス量・低ウイルス量)
- ・ インターフェロンフリー治療の途中中止 ( あり、 なし) 中止週( )週
- ・ 中止理由 (出来る限り詳細に記載下さい。)

- ・ 肝発癌の有無 (あり  治療前  治療中  治療後、 なし) ・ 肝発癌 初回診断日( 年 月 日)

	開始前	4W	12W	24W(終了時)	終了4W後	終了12W後	終了24W後	直近
HCV-RNA量 (LogIU/ml)								
WBC (/μl)								
ヘモグロビン (g/dl)								
血小板数 (/μl)								
AST (IU/l)								
ALT (IU/l)								

**4 インターフェロンフリー治療前薬剤耐性変異**

耐性変異測定方法	
測定日	年 月 日
NS3およびNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

**5 インターフェロンフリー治療後薬剤耐性変異**

耐性変異測定方法	
測定日	年 月 日
NS3およびNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください)	NS3: NS5A:

**6 次に予定している治療法と時期**

再治療予定時期 年 月 ~ 年 月

治療予定内容 (薬剤名: )

年 月 日

医師氏名:

医療機関名:

事務局記入欄