

(様式第8号)

肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）有効期間延長申請に係る診断書

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	（〒 - ） 電話番号（ ） -			
病 名	該当番号を○で囲む。 1 慢性肝炎（B型肝炎ウイルスによる） 2 慢性肝炎（C型肝炎ウイルスによる） 3 代償性肝硬変（C型肝炎ウイルスによる）			
治療内容	該当番号を○で囲む。 1 インターフェロン α 製剤単独 2 インターフェロン β 製剤単独 3 ペグインターフェロン製剤単独 4 インターフェロン α 製剤+リバビリン製剤 5 インターフェロン β 製剤+リバビリン製剤 6 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 7 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3剤併用療法 8 その他（具体的に ） 治療開始日 年 月 日 （前医があれば、前医での治療開始日 年 月 日）			
インターフェロン治療の副作用等	副作用等の症状（具体的に）			
	インターフェロン治療の副作用等による治療の中断期間（予定） 年 月 日から 年 月 日まで（ 週間）			
中断後の治療期間（予定）	年 月 日から 年 月 日まで			
上記患者について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える（計2か月までの延長）可能性があるため、肝炎治療受給者証（インターフェロン治療）の有効期間延長が必要であると判断する。 記載年月日 年 月 日 医療機関名および所在地 TEL - - 医師氏名				

- 注 1 延長は、現行有効期間に引き続く2か月を限度とします。
2 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますので御注意ください。
3 副作用等の要因について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますので御了承ください。