

(様式第2号-6)

肝炎治療受給者証（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）の交付申請に係る診断書（再治療）

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（ ） -		
診断年月	年 月	前医（あれば記載する。）	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およ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： ）（中止・再燃・無効） 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あり。（薬剤名： ） <input type="checkbox"/> 直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療である。		
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（該当する方を○で囲む。） セロタイプ(グループ)1、ジェノタイプ1・セロタイプ(グループ)2、ジェノタイプ2 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： _____ ~ _____） ヘモグロビン _____ g/dl（施設の基準値： _____ ~ _____） 血小板数 _____ / $\mu$ l（施設の基準値： _____ ~ _____） 3 画像診断および肝生検などの所見（検査日： 年 月 日） （検査方法： _____） （所見： _____）		
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）		
肝がんの合併	該当番号を○で囲む。 1 あり（治療中） 2 あり（治療後） 3 なし		
治療内容	ペグインターフェロン、リバビリンおよび（薬剤名： _____）3剤併用療法 治療予定期間 24週（ 年 月から 年 月まで）		
治療上の問題点			
上記のとおり、他のプロテアーゼ阻害剤を用いた再治療を行うことが適切であると判断します。			
医療機関名および所在地		記載年月日	年 月 日
医師氏名		TEL	- -
（直前の抗ウイルス治療がインターフェロンフリー治療の場合はどちらかにチェックが必要） <input type="checkbox"/> 肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 《肝疾患に関する専門医療機関で肝炎の診療に当たっている医師》			

- 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、3剤併用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りますので、御注意ください。  
4 本診断書は治療実施医療機関が発行することとする。