

(様式第2号-7)

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・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	該当する場合、項目にチェックする。 <input type="checkbox"/> 1. インターフェロン治療歴あり。 (1. にチェックした場合) これまでの治療内容(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: _____) の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: _____) <input type="checkbox"/> 2. 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)		
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: _____~_____) 血小板数 _____ / μ l (施設の基準値: _____~_____) その他の血液検査など所見(必要に応じて記載) [_____] 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: _____) 4(肝硬変症の場合)Child-Pugh _____点 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	該当番号を○で囲む。 1 あり(治療後) 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 月から 年 月まで)		
治療上の 問 題 点			
医療機関名および所在地	記載年月日 年 月 日 TEL - -		
医師氏名			
(いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 他の肝臓専門医 <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、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。