

フリガナ 患者氏名	性別		生年月日(年齢)		
	男	女	明昭	年	月
住所					
診断年月	昭和・平成・令和 年 月	前医 (あれば 記載する)	医療機関名 医師名		
診断 及び 過去の治療歴	<p>該当する番号を○で囲み、 □ にチェックをする。</p> <p>1. 慢性肝炎(B型肝炎ウイルスによる) □ これまでにペグインターフェロン製剤による治療を受けていない。</p> <p>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) (1) 過去のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の治療歴 □ 以下の①、②のいずれにも該当しない ① これまでの治療において、十分量のペグインターフェロン及びリバビリン併用療法 の48週投与を行ったが、36週目までにHCV-RNAが陰性化しなかったケース ② これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法による 72週投与が行われたケース (2) 過去の3剤併用療法(ペグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤) の治療歴 □ 3剤併用療法の治療歴なし。 □ 3剤併用療法を受けたことがあるが、十分量の24週投与が行われなかった。 (具体的な経過・理由:) (3) インターフェロンフリー治療歴 □ インターフェロンフリー治療歴あり。(薬剤名:) □ 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。</p>				
検査所見	<p>1. ウイルスマーカー</p> <p>B型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】 (1) HBs抗原 (該当する方を○で囲む) HBs抗原(+ . -) (2) HBe抗原 (該当する方を○で囲む) HBe抗原(+ . -) HBe抗体 (該当する方を○で囲む) HBe抗体(+ . -) (3) HBV-DNA定量 (測定値: 単位: 測定法:)</p> <p>C型肝炎ウイルスマーカー【検査日: 年 月 日】 (1) HCV-RNA定量 (測定値: 単位: 測定法:) (2) ウイルス型(該当する番号に○をする) 1. セロタイプ(グループ)1 (I a, I b) 2. セロタイプ(グループ)2 (II a, II b)</p> <p>2. 血液検査 【1回目: 年 月 日】 【2回目: 年 月 日】 検査結果 施設の基準値 検査結果 施設の基準値 T.Bil: _____ mg/dl (~) T.Bil: _____ mg/dl (~) AST: _____ IU/l (~) AST: _____ IU/l (~) ALT: _____ IU/l (~) ALT: _____ IU/l (~) 血小板数: _____ /μl (~) 血小板数: _____ /μl (~)</p> <p>3. 画像診断及び肝生検などの所見【検査日: 年 月 日】 (所見)</p> <p>4. 過去のインターフェロン治療歴 (1) あり (期間:) (2) なし</p>				
肝がんの合併	1. あり (治療中・治療後) 2. なし				
治療内容	<p>該当する番号を○で囲む。</p> <p>1. インターフェロンα製剤単独 5. インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 2. インターフェロンβ製剤単独 6. ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 3. ペグインターフェロン製剤単独 7. その他 ※具体的に記載 4. インターフェロンα製剤+リバビリン製剤</p> <p>治療予定期間 週 治療開始予定年月 年 月 (備考:)</p>				
治療上の 問題点					
<p>(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次にチェックが必要) □ インターフェロンフリー治療診断書作成医師認定研修会受講済 医療機関名および所在地 医師氏名 印</p> <p style="text-align: right;">記載年月日 令和 年 月 日</p>					

(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. HBs抗原、HBe抗原、HBe抗体以外の検査所見は、記載日前6か月以内(ただし、インターフェロン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. 治療開始予定年月について、特記事項等は備考欄にご記入ください。
4. 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。