

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)認定に係る診断書(再治療)

フリガナ 患者氏名			性別	生年月日(年齢)																										
			男・女	明昭 大平	年 月 日生 (満 歳)																									
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	該当する番号を○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																													
過去の治療歴	該当する番号を○で囲み、□にチェックをする。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 1. インターフェロン治療歴あり 【これまでの治療内容】※()内で、該当項目を○で囲む。 <input type="checkbox"/> ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法(中止・再燃・無効) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 上記以外の治療 (具体的に記載:) 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) </div>																													
検査所見	1. ウイルスマーカー <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 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) 3. 上記のいずれも該当しない(ジェノタイプ検査データがある場合は記載:) </div> 2. 血液検査 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">【1回目: 年 月 日】</th> <th colspan="2">【2回目: 年 月 日】</th> </tr> <tr> <th>検査結果</th> <th>施設の基準値</th> <th>検査結果</th> <th>施設の基準値</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>T.Bil: _____ mg/dl (~)</td> <td></td> <td>T.Bil: _____ mg/dl (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AST: _____ IU/l (~)</td> <td></td> <td>AST: _____ IU/l (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT: _____ IU/l (~)</td> <td></td> <td>ALT: _____ IU/l (~)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数: _____ /μl (~)</td> <td></td> <td>血小板数: _____ /μl (~)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 3. 画像診断及び肝生検などの所見【検査日: 年 月 日】 (所見) 4. (肝硬変症の場合) Child-Pugh分類 ポイント合計 点 ※7点以上は認められません。						【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 (~)	
【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 (~)																												
肝がんの合併	1. あり (治療中・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 治療開始予定年月 年 月 (備考:)																													
本診断書を作成する医師	(インターフェロンフリー治療の再治療の場合、以下のいずれかの項目にチェックがない場合は助成対象とはなりません。) <input type="checkbox"/> 肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 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の医師で、別紙意見書を添付している医師																													
治療上の問題点																														
上記のとおり、以前とは異なるインターフェロンフリー治療薬による再治療を行う必要があると診断します。 記載年月日 令和 年 月 日 医療機関名および所在地 医師氏名 印																														

(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. 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。