

肝炎治療受給者証(3剤併用療法を除くインターフェロン治療)の交付申請に係る診断書(新規)

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	郵便番号			
	電話番号 ( )			
診断年月	昭和・平成 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 C型肝炎ウイルスに対する治療の場合、該当する項目にチェックする。 1. 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 <input type="checkbox"/> 3剤併用療法の治療歴なし。 <input type="checkbox"/> 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: ) 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. B型肝炎ウイルスマーカー (1) HBs抗原 ( +・- ) (検査日: 平成 年 月 日) (2) HBe抗原 ( +・- ) HBe抗体 ( +・- ) (検査日: 平成 年 月 日) (3) HBV-DNA定量 _____ (単位: _____、測定法 _____) (検査日: 平成 年 月 日) 2. C型肝炎ウイルスマーカー (検査日: 平成 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あるいはジェノタイプ1 セロタイプ(グループ)2あるいはジェノタイプ2 3. 血液検査 (検査日: 平成 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 _____ /μl (施設の基準値: _____ ~ _____) 4. 画像診断及び肝生検などの所見(具体的に記載) (検査日: 平成 年 月 日) (所見: )			
	診断	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)		
肝がんの合併	肝がん 1. あり 2. なし			
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. その他(具体的に記載: ) 治療予定期間 _____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)			
	治療上の問題点			
記載年月日 平成 年 月 日				
医療機関名及び所在地				
(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いずれかにチェックが必要) <input type="checkbox"/> 日本肝臓学会肝臓専門医 <input type="checkbox"/> 琉球大学医学部附属病院に所属する医師 <input type="checkbox"/> 沖縄県肝疾患専門医療機関に所属する医師 <input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療に関する研修を受けた医師※				
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. 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. 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。  
4. ※については、琉球大学医学部附属病院の実施する研修とする。