

肝炎治療受給者証(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)

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)	医療機関名 医師名			
過去の治療歴	<p>該当する場合、チェックする。</p> <input type="checkbox"/> インターフェロン治療歴あり。 (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及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:)					
検査所見	<p>今回の治療開始前の所見を記入する。</p> 1. 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(該当する項目を○で囲む。) ア) セロタイプ(グループ)1、あるいはジェノタイプ1 イ) セロタイプ(グループ)2、あるいはジェノタイプ2 ウ) 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:) 2. 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 _____ /ul (施設の基準値: _____ ~ _____) 3. 画像診断及び肝生検などの所見 (検査日: 平成 年 月 日) (所見:) 4. (肝硬変症の場合)Child-Pugh 分類 A・B・C (該当する方を○で囲む)					
診断	<p>該当番号を○で囲む。</p> 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	肝がん 1. あり 2. なし					
治療内容	<p>インターフェロンフリー治療</p> (薬剤名 :) 治療予定期間 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)					
治療上の問題点						
医療機関名及び所在地				記載年月日 平成 年 月 日		
(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係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. 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。